BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

TOME XXII — 1896

0 1 2 3 4 5 (cm)

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 51.2.97.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

M. PAUL RECLUS
Secrétaire général,

ET

MM. QUÉNU ET NÉLATON
Secrétaires annuels.



TOME XXII — 1896

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1896



PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1896

Président	MM.	CH. MONOD.
Vice-Président		DELENS.
Secrétaire général		P. RECLUS.
Secrétaires annuels		QUÉNU et NÉLATON.
Trésorier		SCHWARTZ.
Archiviste		BRUN.

MEMBRES HONORAIRES

MM.

26 juillet 1893.... — Chauvel, titulaire de.................. 1882
19 octobre 1887... — Cruveilhier, titulaire de.............. 1868
20 novembre 1889. — Desprès, titulaire de.................. 1865
29 mars 1882..... — Dubreuil, titulaire de................. 1872
5 mai 1886...... — Duplay, titulaire de.................... 1868
28 mars 1886..... — Guéniot, titulaire de. 1868
22 novembre 1882. — Guyon (Félix), titulaire de............ 1863
3 mars 1886..... — L. Labbé, titulaire de.................. 1865
23 janvier 1889... — Lannelongue, titulaire de.............. 1872
17 février 1892.... — Le Dentu, titulaire de.. 1873
31 octobre 1888.. — Magitot, titulaire de.................. 1872
28 mars 1860..... — Maisonneuve. — M. fondateur.. 1843
18 avril 1894..... — Nicaise, titulaire de......... 1874
11 mai 1887...... — Ollier, de Lyon.
26 mai 1880...... — Panas, titulaire de..................... 1865
9 juillet 1879.... — Paulet, titulaire de.................... 1868
13 mars 1895..... — Perier, titulaire de.................... 1875
3 mai 1893...... — Polaillon, titulaire de................. 1873
23 février 1887... — Poncet, de Cluny.
27 octobre 1886... — Marc Sée, titulaire de................. 1868
21 mars 1888..... — De Saint-Germain, titulaire de......... 1867
19 décembre 1883. — Tarnier, titulaire de.................. 1865
28 novembre 1894. — Terrier, titulaire de................... 1874
12 novembre 1890. — Tillaux, titulaire de................... 1866

MEMBRES TITULAIRES

MM.

16 février 1876.... — Anger (Théophile).
12 juin 1890...... — Bazy.
12 juin 1878...... — Berger.
12 mars 1884 ..... — Bouilly (Aug.).
18 décembre 1895. — Broca.
29 mai 1889....... — Brun.
13 décembre 1893. — Chaput.
3 janvier 1877 ... — Delens.
9 mars 1892..... — Delorme.
26 avril 1891 ..... — Félizet.
13 mai 1885 ...... — Humbert.
12 décembre 1888. — Jalaguier.
30 décembre 1885. — Kirmisson.
30 juin 1875...... — L.-Championnière
3 mai 1882....... — Marchand (A.-H.).
4 décembre 1889. — Marchant (Gérard).
7 juillet 1880 .... — Monod (Ch.).
10 mai 1893 ...... — Michaux.
29 juillet 1887.... — Nélaton.
9 juin 1886...... — Peyrot.
14 décembre 1892. — Picqué.
27 mars 1895 ..... — Poirier.
27 avril 1881 ..... — Pozzi (S.).
10 mai 1887 ...... — Quénu.
18 avril 1883...... — Reclus.
4 janvier 1888... — Reynier (P.).
18 juillet 1894 .... — Ricard.
6 décembre 1882. — Richelot.
11 juillet 1888.... — Routier.
1er décembre 1886. — Schwartz (Ch.).
9 février 1887.... — Segond.
22 juin 1892...... — Tuffier.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Arlaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon.
Assaky, à Tours.
Aubrée, professeur à l'École de Rennes.
Auffret, directeur du service de la santé de la marine à Rochefort.
Azam, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Baizeau, médecin inspecteur de l'armée.
Baudon, à Nice.
Badal, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine.
Bœckel (Eugène), à Strasbourg.
Bœckel (Jules), à Strasbourg.
Boiffin, professeur suppléant à l'École de Nantes.
Bois, chirurgien de l'hôpital à Aurillac.
Boissarie, à Sarlat.
Bouchacourt, professeur à la Faculté de Lyon.
Boursier, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Bousquet, professeur à l'École de Clermont.
Bruch, professeur à l'École d'Alger.
Cahier, professeur agrégé au Val-de-Grâce.
Cauchois, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Rouen.
Cerné, professeur de clinique à l'École de Rouen.
Chalot, professeur à la Faculté de Montpellier.
Chapplain, professeur à l'École de Toulouse.
Charvot, medecin-major de l'armée.
Chavasse, médecin-major de l'armée.
Chedevergne, professeur à l'École de Poitiers.
Chénieux, professeur à l'École de Limoges.
Chipault, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu à Orléans.
Choux, médecin-major de l'armée.
Claudot, médecin principal de l'armée.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Combalat, professeur à l'École de Marseille.
Dardignac, médecin-major de l'armée.
Dauvé, médecin inspecteur de l'armée.
Dayot, professeur suppléant à l'École de médecine de Rennes.
Defontaine, au Creusot.
Delacour, directeur de l'École de Rennes.

MM. Delagenière, au Mans.
Delore, ex-chirurgien-major de la Charité à Lyon.
Demons, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Demmler, médecin principal de l'armée.
Denucé, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Desgranges, professeur à la Faculté de Lyon.
Devalz, à Bordeaux.
Dezanneau, professeur à l'École d'Angers.
Dieu, médecin principal de l'armée.
Dubar, professeur à la Faculté de Lille.
Dubreuilh (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux.
Dudon, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Duplouy, professeur à l'École navale de Rochefort.
Duret, professeur à la Faculté libre de Lille.
Ehrmann, à Mulhouse.
Étienne, à Toulouse.
Février, médecin-major, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
Folet, professeur à la Faculté de Lille.
Fontan, professeur à l'École de Toulon.
Fontorbe, médecin de la marine, professeur à l'École de Rochefort.
Forgue, professeur à la Faculté de Montpellier.
Gaujot, médecin-inspecteur de l'armée.
Gayet, professeur à la Faculté de Lyon.
Gellé, chirurgien de l'hôpital de Provins.
Gripat, professeur à l'École d'Angers.
Gross, professeur à la Faculté de Nancy.
Guelliot, chirurgien des hôpitaux de Reims.
Guermonprez, professeur à la Faculté libre de Lille.
Hache, professeur à la Faculté de Beyrouth.
Herrgott, professeur à la Faculté de Nancy.
Heurtaux, professeur à l'École de Nantes.
Heydenreich, professeur à la Faculté de Nancy.
Houzel, à Boulogne-sur-Mer.
Hue (Judes), à Rouen.
Hue (François), professeur suppléant à l'École de Rouen.
Jouon, professeur à l'École de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Lanelongue, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Largeau, à Niort.
Larger, à Maisons-Laffitte.
Lecerf, à Valenciennes.
Le Clerc, à Saint-Lô.
Linon, médecin-major de l'armée.
Malherbes fils, professeur à l'École de Nantes.
Martel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo.
Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Ménard, chirurgien de l'hôpital de Berck.

MM. Monod (Eugène), chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Monprofit, professeur suppléant à l'École d'Angers.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, au Mans.
Moty, médecin-major de l'armée.
Mouchet, à Sens.
Nepveu, professeur à l'École de Marseille.
Nimier, médecin-major de l'armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ovion, à Boulogne-sur-Mer.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Pauzat, médecin-major de l'armée.
Phocas, professeur agrégé à la Faculté de Lille.
Piéchaud, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Pilate, chirurgien de l'hôpital d'Orléans.
Poisson, professeur suppléant à l'École de Nantes.
Poncet (A.), professeur à la Faculté de Lyon.
Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Queirel, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
Reboul, à Nîmes.
Robert, médecin principal de l'armée.
Rochard (J.), médecin inspecteur général de la marine à Paris.
Rohmer, professeur à la Faculté de Nancy.
Roux, professeur à l'École de Marseille.
Sirus-Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Schmit, médecin-major de l'armée.
Silbert, à Aix.
Stoltz, ancien doyen de la Faculté de médecine de Nancy.
Surmay, à Ham.
Tachard, médecin principal de l'armée.
Thomas (Louis), à Tours.
Turgis, à Falaise.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).
Villeneuve, chirurgien des hôpitaux à Marseille.
Vincent, professeur à l'École d'Alger.
Weiss, professeur à la Faculté de Nancy.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

MM.

12 janvier 1887..... — ALBERT (E.), Vienne.
11 août 1875....... — BOWMANN, Londres.
4 janvier 1888 .... — BRYANT (Th.), Londres.
11 janvier 1893 .... — CHEEVER, Boston.
7 janvier 1880 .... — DEROUBAIX, Liège.
4 janvier 1888 .... — HOLMES (Th.), Londres.
7 janvier 1880 .... — LISTER, Londres.
10 janvier 1877..... — LONGMORE, Netley-Southampton.
10 janvier 1894 .... — MAYOR (Isaac), Genève.
6 janvier 1864..... — PAGET (James), Londres.
20 janvier 1886 .... — REVERDIN (J.), Genève.
13 janvier 1892 .... — ROSSANDER (C.), Stockholm.
11 janvier 1893..... — SAXTORPH, Copenhague.
21 janvier 1885..... — SKLIFOSSOWSKY, Moscou.
13 janvier 1892 .... — SLAWIANSKY (K. de), Saint-Pétersbourg.
11 janvier 1893 .... — SOCIN, Bâle.
16 janvier 1884..... — SOUPART, Gand.
12 janvier 1887..... — THOMPSON, Londres.
20 janvier 1886 .... — TILANUS, Amsterdam.
11 janvier 1882..... — WELLS (SPENCER), Londres.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM.

11 janvier 1882..... — Annandale, Édimbourg.
13 janvier 1869..... — Bardeleben, Berlin.
3 janvier 1892 .... — Bloch (O.), Copenhague.
17 septembre 1851. — Borelli, Turin.
13 janvier 1869.... — Brodhurst, Londres.
22 décembre 1852.. — Burggrave, Gand.
4 janvier 1888..... — Ceccherelli (A.), Parme.
4 janvier 1889..... — Chiene, Édimbourg.
3 juin 1857 .... — Crocq, Bruxelles.
10 janvier 1894..... — Czerny (V.), Heidelberg.
10 janvier 1894..... — Demosthen (A.), Bucharest.
16 janvier 1895..... — Durante (Fr.), Rome.
8 janvier 1862..... — Esmarch, Kiel.
9 janvier 1879..... — Galli, Lucques.
13 janvier 1892 .... — Galvani, Athènes.
13 janvier 1869 .... — Gautier, Genève.
13 janvier 1864.... — Gherini, Milan.
9 janvier 1879 .... — Gritti, Milan.
3 janvier 1865..... — Gurlt (E.), Berlin.
16 janvier 1895..... — Horsley, Londres.
2 janvier 1865 .... — Humphry (G.-M.), Cambridge.
31 décembre 1862 .. — Hutchinson (J.), Londres.
21 janvier 1891 .... — Jamieson (Alex.), Shanghaï.
16 janvier 1884 .... — Julliard, Genève.
10 janvier 1894 .... — Keen (W.-W.), Philadelphie.
13 janvier 1892 .... — Kocher, Berne.
13 janvier 1892 .... — Kouzmine, Moscou.
13 janvier 1869 .... — Krassowski, Saint-Pétersbourg.
21 janvier 1891 .... — Kummer, Genève.
16 janvier 1884 .... — Lucas (Clément), Londres.

MM.

16 janvier 1895..... — Mac Burney, New-York.
21 janvier 1891..... — Macewen (William), Glasgow.
11 janvier 1893.... — Martin (Édouard), Genève.
12 janvier 1887.... — Maydl, Vienne.
21 janvier 1891..... — De Mooÿ, La Haye.
3 janvier 1883..... — Mosetig-Moorhof, Vienne.
8 janvier 1868.... — Pemberton, Birmingham.
15 janvier 1890.... — Pereira-Guimaraès, Rio-Janeiro.
21 janvier 1885 .... — Plum, Copenhague.
12 janvier 1887.... — Reverdin (A.), Genève.
6 juillet 1859...... — Ried, Iéna.
21 janvier 1891..... — Romniceanu, Bucarest.
7 janvier 1880.... — Rose (Edm.), Berlin.
11 août 1875....... — Rouge, Lausanne.
25 janvier 1890.... — Roux, Lausanne.
7 janvier 1880.... — Saboia, Rio-Janeiro.
31 décembre 1862.. — Sangalli, Pavie.
21 janvier 1885.... — Saltzmann, Helsingfors.
11 janvier 1893..... — Saxtorph (Sylvester), Copenhague.
20 mars 1867....... — Simon (John), Londres.
16 janvier 1895..... — Sonnenburg, Berlin.
21 janvier 1885..... — Stimson (Lewis A.), New-York.
21 janvier 1885.... — Studsgaard, Copenhague.
31 décembre 1862.. — Sperino (Casimir), Turin.
31 décembre 1862.. — Testa, Naples.
20 janvier 1886.... — Thiriar, Bruxelles.
10 janvier 1894..... — Thornton, Londres.
11 janvier 1893..... — Vlaccos, Mytilène.
11 janvier 1893..... — Wier, New-York.
11 janvier 1882..... — Zancarol, Alexandrie (Egypte).
13 janvier 1892 .... — Ziembicki, Lemberg (Galicie).

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

MM.
1844. — A. BÉRARD.
1845. — MICHON.
1846. — MONOD père.
1847. — LENOIR.
1848. — ROBERT.
1849. — CULLERIER.
1850. — DEGUISE père.
1851. — DANYAU.
1852. — LARREY.
1853. — GUERSANT.
1854. — DENONVILLIERS.
1855. — HUGUIER.
1856. — GOSSELIN.
1857. — CHASSAIGNAC.
1858. — BOUVIER.
1859. — DEGUISE fils.
1860. — MARJOLIN.
1861. — LABORIE.
1862. — MOREL-LAVALLÉE.
1863. — DEPAUL.
1864. — RICHET.
1865. — BROCA.
1866. — GIRALDÈS.
1867. — FOLLIN.
1868. — LEGOUEST.
1869. — VERNEUIL.
1870. — A. GUÉRIN.

MM.
1871. — BLOT.
1872. — DOLBEAU.
1873. — TRÉLAT.
1874. — Maurice PERRIN.
1875. — LE FORT.
1876. — HOUEL.
1877. — PANAS.
1878. — Félix GUYON.
1879. — S. TARNIER.
1880. — TILLAUX.
1881. — DE SAINT-GERMAIN.
1882. — Léon LABBÉ.
1883. — GUÉNIOT.
1884. — Marc SÉE.
1885. — S. DUPLAY.
1886. — HORTELOUP.
1887. — LANNELONGUE.
1888. — POLAILLON.
1889. — LE DENTU.
1890. — NICAISE.
1891. — TERRIER.
1892. — CHAUVEL.
1893. — Ch. PERIER.
1894. — L. CHAMPIONNIÈRE.
1895. — Th. ANGER.
1896. — Ch. MONOD.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René Duval, fondateur d'un prix annuel de 300 francs.

Édouard Laborie, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc Gerdy, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles Huguier, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, et Mme Huguier, sa veuve, donatrice d'une somme de 10,000 francs, destinées à favoriser les publications scientifiques de la Société.

Demarquay, fondateur d'un prix biennal de 700 francs.

Ricord, fondateur d'un prix biennal de 300 francs.

Paul Guersant, — Lenoir, — Payen, — Velpeau, — Gerdy, — baron Larrey, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Paris. — Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Archives de gynécologie et de tocologie. — Archives de médecine militaire. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin médical. — Bulletin de la Société anatomique. — Bulletin de la Société de médecine de Paris. — Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux. — Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette médicale de Paris. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — La médecine moderne. — La Presse médicale. — Progrès médical. — Recueil d'ophtalmologie. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue des maladies cancéreuses. — Revue des maladies de l'enfance. — Revue d'orthopédie. — Revue illustrée de polytechnique médicale. — Revue des sciences médicales. — Revue de la tuberculose. — Tribune médicale. — Union médicale.

Province. — Annales de la policlinique de Toulouse. — Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du nord de la France. — Bulletin médical des Vosges. — Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Le centre médical. — Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse. — Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Gannat. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — Gazette médicale de Picardie. — Gazette médicale de Strasbourg. — Le Limousin médical. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — La Loire médicale. — Lyon médical. — Marseille médical. — Mémoires de la Société de médecine de Lyon. — Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy. — Montpellier médical. — Normandie médicale. — Poitou médical. — Revue médicale de l'Est. — Union médicale du Nord-Est. — Union médicale de la Seine-Inférieure.

Étranger. — Annales de la Société belge de chirurgie. — Annals of Surgery (Brooklyn). — Archiv für klinische Chirurgie. — Atti della associazione medica Lombarda. — Boletino da Sociedade de medicina de Rio de Janeiro. — British medical Journal (Londres). — Bulletin de la Société des médecins et des naturalistes de Jassy. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Bulletin of the John's Hopkins Hospital. — Cronica medico-quirurgica de la Habana. — Encyclopedia medico-farmaceutica (Barcelone). — Escuela de medicina (Mexico). — John's Hopkins Hospital Reports (Baltimore). — Journal and proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — Mitheilungen aus der medicinischen Facultät der Kaiserlich-Japonischen Universität (Tokio). — The Practitioner (Londres). — Proceedings of the royal Society (Londres). — Proceedings of the pathological Society (Londres). — Revue médicale de la Suisse romande. — Smithsonian institution (Washington). — Transactions of the royal medico-chirurgical Society (Londres).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie dispose de cinq prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy, le prix Demarquay et le prix Ricord ; *les deux premiers sont annuels, les trois derniers sont biennaux.*

Le prix Duval a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1895 jusqu'au 1er novembre de l'année 1896 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1896. Par la bienveillance de M. le Dr Marjolin, membre fondateur de la Société, le mon-

tant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard Laborie a été fondé par Mme veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris, en 1868, les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Le sujet à traiter par les concurrents est indiqué par la Société et donné deux années à l'avance. Les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé, en 1875, par Jean-Nicolas Demarquay, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 700 francs.

Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance; les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Ricord a été fondé, en 1889, par Philippe Ricord, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 5,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 300 francs.

Il est décerné à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Les manuscrits pourront être signés. A cette différence près, les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Après un rapport du Secrétaire général, lu en comité secret, la Société a décidé que les *membres titulaires* de la Société de chirurgie de Paris seraient *seuls exclus* des concours pour les prix Laborie Gerdy, Demarquay et Ricord.

SÉANCE ANNUELLE

(29 avril 1896.)

Présidence de M. Th. Anger.

ALLOCUTION DE M. TH. ANGER

Président sortant.

Messieurs,

Vous connaissez le motif pour lequel la séance annuelle de la Société de chirurgie a été différée. Au mois de janvier, notre sympathique secrétaire général est tombé malade et nous avons cru devoir attendre qu'il fût rétabli, pour qu'il pût lire lui-même l'éloge d'Alphonse Guérin, qu'il avait préparé. Nous nous réjouissons tous de son retour à la santé, et tout à l'heure, lorsqu'il aura parlé, nos applaudissements lui permettront d'apprécier toute la sympathie que nous éprouvons pour sa modestie, sa droiture, son éloquence et son talent.

En montant pour la dernière fois au fauteuil de la présidence, où vos suffrages m'ont appelé, je voudrais vous exprimer toute ma reconnaissance pour l'honneur que vous m'avez fait, pour la sympathie que vous m'avez témoignée.

Certes, je ne m'illusionne pas sur mon mérite personnel : vous pouviez choisir un président plus expert, plus savant, mais vous ne pouviez en trouver un plus dévoué et plus impartial.

J'ai le sentiment que, pendant l'année 1895, la Société de chirurgie a beaucoup travaillé, qu'elle a fait avancer quelques questions, éclairci certains points de la pratique chirurgicale, posé des indications nouvelles et mis au point quelques procédés opératoires. Mais, hélas ! les victoires de la science sont comme celles de la guerre : elles coûtent cher.

Six de nos collègues, et des meilleurs, sont morts.

Alphonse Guérin présidait, au mois de janvier, le concours de l'internat. Malgré son âge, malgré le froid, la neige, il venait régulièrement aux séances dont il était le président le plus assidu, le plus régulier. Un jour, en l'entendant tousser, nous fûmes una-

nimes pour lui conseiller quelques jours de repos ; il prit le lit et ne se releva pas.

A quelque temps de là, nous recevions la nouvelle de la mort de Marjolin, le dernier membre fondateur de notre Société. Vous vous rappelez encore la séance solennelle où il vint présider le cinquantenaire de la fondation de la Société de chirurgie.

Presque aveugle, il monta péniblement au fauteuil et ouvrit la séance par une allocution toute vibrante d'amour de la science et de l'humanité.

Marjolin s'est éteint sans bruit, comme il avait vécu, faisant le bien sans ostentation, pour sa propre satisfaction ; il a voulu être modeste même après sa mort et a exprimé dans son testament le désir qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe et que la Société de chirurgie ne fût pas même un jour privée d'une de ses séances.

Et cependant il était un de nos bienfaiteurs, mais un bienfaiteur anonyme ; sous le nom de Duval, il donnait, chaque année, depuis vingt-cinq ans, une somme de 300 francs que la Société de chirurgie était chargée d'attribuer à la thèse d'un jeune docteur.

J'ai moi-même bénéficié de cette largesse dont j'ignorais la provenance jusqu'à ce jour.

Mme Marjolin a écrit à la Société qu'elle verserait le capital d'une rente de 300 francs pour perpétuer la donation de son mari ; qu'elle reçoive tous nos remerciements.

Seulement j'espère qu'elle nous permettra de désigner désormais le prix Duval sous le nom de Marjolin-Duval.

Verneuil succombait peu de temps après Marjolin ; de toutes ces morts, la sienne est la plus cruelle pour la Société de chirurgie, à la prospérité, j'allais dire à la gloire de laquelle il a contribué pendant plus de trente années.

Puis est venu le tour du baron Larrey, qui fut toujours le membre le plus correct de la Société, qui ne prenait guère la parole que pour revendiquer, en faveur des anciens, les idées ou les découvertes que de plus jeunes semblaient s'attribuer à eux-mêmes.

Il y a quelques mois, nous nous réunissions de nouveau pour rendre les derniers honneurs à notre collègue Terrillon, frappé, jeune encore, au milieu d'une carrière déjà brillante.

Enfin Prengruber a clos, je l'espère, cette longue série de deuils ; il a été emporté par une terrible maladie, après avoir longuement peiné pour arriver et avant d'avoir recueilli le fruit de ses labeurs.

Parmi nos correspondants nationaux, nous n'avons reçu l'avis que de la mort d'un seul d'entre eux : le Dr de Larabrie, de Nantes.

Après avoir rappelé nos morts, vous me permettrez de parler un peu des vivants.

Je crois être l'interprète de tous mes collègues en remerciant notre secrétaire annuel, M. Segond, de la façon très brillante dont il a rédigé nos bulletins.

Vous avez admiré comme moi la concision, la clarté, l'entrain avec lesquels chacune de nos séances était pour ainsi dire photographiée et, le dirais-je même, un peu retouchée et embellie.

Vous vous êtes adjoint, l'année dernière, deux nouveaux collègues ; vous eussiez pu en admettre davantage si les places vacantes n'eussent fait défaut, car ceux qui frappent à votre porte sont nombreux et dignes d'en franchir le seuil.

Heureusement la valeur des candidats en a compensé le nombre, et je suis heureux d'avoir à souhaiter la bienvenue à MM. Poirier et Broca, dont les travaux passés nous en font espérer d'autres qui continueront la bonne renommée de notre Société.

L'an prochain, le Congrès international de chirurgie tient ses assises à Moscou ; préparons-nous à figurer dignement à cette grande réunion. Nous serons là sur un terrain ami, bien préparé pour nous accueillir.

Mais il faut avant tout compter sur l'importance et la qualité de nos communications et ne pas laisser échapper de nos mains le sceptre chirurgical que nous tenons depuis un siècle. Or, pour atteindre ce but, il faut travailler, réfléchir, préparer longtemps d'avance les questions et les communications que nous nous proposons de traiter devant les savants étrangers, venus de tous les points de l'univers pour assister à ces grandes assises scientifiques.

Travaillons donc, mes chers collègues ; c'est le vœu que je fais en quittant la présidence et en vous renouvelant mes sincères remerciements.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTE

PENDANT L'ANNÉE 1895

Par M. Paul Segond, secrétaire annuel.

Messieurs,

Rien de plus instructif que d'être astreint à vous suivre toute une année, et si grand est le profit, qu'on voudrait conserver toujours le privilège de rédiger vos bulletins. Mais, les médailles les plus belles ne sont pas sans revers, et lorsque vient l'heure de réduire à quelques feuillets tout ce que vous produisez en dix mois, ceux-là seulement auxquels j'ai eu le grand honneur de succéder, savent à quel point la tâche devient délicate. Peu d'omissions, point de longueurs et trouver la note juste toujours, telles sont, en effet, les trois termes de l'équation. Je ne puis donc conserver l'espoir de la bien résoudre et ce que je dois, avant toute chose, vous demander, c'est votre suprême indulgence.

Dans ce rapport, je laisserai de côté la liste, cependant fort touffue, des mémoires communiqués à propos de la **correspondance** ; aussi bien que les treize **présentations d'instruments** consignées dans vos bulletins. Il importe, cependant, d'observer que deux de ces treize présentations mériteraient une autre étiquette. Je veux parler de la communication de M. **Michaux** sur la *stérilisation des éponges par la vapeur d'alcool*, et de la note de M. **Perier** sur l'*adhésol*, sorte de vernis antiseptique d'un emploi avantageux pour l'occlusion des plaies cutanées et muqueuses. Dans le même ordre d'idées, je signale, ici : le *traumatol* que MM. **Perier** et **Picqué** ont maintes fois substitué à l'iodoforme ; la *teucrine*, employée avec succès par M. **Quénu** dans le traitement des abcès tuberculeux, et le *gaïacol* dont M. **J.-L. Championnière** nous a montré tous les avantages au point de vue de l'anesthésie locale.

Cette première élimination faite, nous restons en présence de vos travaux proprement dits, lesquels comprennent : quarante et une communications originales ; vingt et un rapports ; quinze lectures ; quarante-six présentations de malades et vingt-deux présentations de pièces dont l'une, très originale, et due à M. **Pierre Delbet**, concerne la pathologie expérimentale. Elle démontre *la nature infectieuse du lymphadénome*. Cette liste imposante vous donne d'autant mieux la mesure de votre activité, qu'en 1895, vous n'avez eu que trente-six séances effectives. Quatre fois, les deuils,

dont nous avons tous au cœur le cruel souvenir, vous ont fait lever la séance ; enfin, des coïncidences de date avec le Congrès de chirurgie, Noël et le dernier jour de l'année, nous ont, trois fois, privés de nos réunions. Les quarante-trois jours de travail dont nous aurions dû disposer se sont ainsi réduits à trente-six et, certes, vous en avez largement profité.

Je ne crois pas, en effet, qu'une seule des questions chirurgicales, vraiment à l'ordre du jour, n'ait reçu de vous quelque nouvel éclaircissement. C'est la partie purement documentaire de vos travaux. En outre, vous avez toujours mis à profit les faits particuliers qui vous étaient présentés pour en dégager les principales inconnues. Enfin, chaque fois que l'occasion s'en est présentée, vous n'avez rien négligé pour divulguer les enseignements de votre pratique et vous avez pu, de la sorte, donner un intérêt de premier ordre à vos grandes discussions concernant : l'*anesthésie par l'éther*, le *traitement des luxations irréductibles*, la *cure des anévrysmes*, la *chirurgie du poumon*, les *plaies de l'abdomen*, les *appendicites*, la *chirurgie de l'intestin*, *celle du foie* et la *gynécologie opératoire*. Tel est le vaste programme que je vais tenter de repasser avec vous, en commençant par les trois questions générales que vous avez abordées cette année : l'*anesthésie par l'éther*, les *modifications thermiques dans les hémorrhagies intra-séreuses* et la *valeur du sérum artificiel*.

A propos de l'**anesthésie** et des **anesthésiques,** deux documents sont à citer : la lecture de MM. **Langlois** et **Maurange**, sur l'*anesthésie mixte par association du chloroforme à la spartéine et à la morphine*, et le rapport de M. **Picqué**, à propos d'un travail de **Bayer** (de Prague), sur la présence d'un *thymus volumineux chez un enfant mort dix minutes après la fin de la chloroformisation ;* mais c'est uniquement sur l'*anesthésie par l'éther* que nous avons discuté. La communication si complète de M. **Chaput** nous a servi de point de départ et, presque tous, nous en avons pris texte pour donner notre avis sur cette importante question, très vieille, sans doute, comme l'observait M. **Le Dentu**, mais cependant digne à tous égards d'être remise à l'étude. Et ce qui le prouve bien, c'est que l'éthérisation, dont nous méconnaissions si complètement les avantages, il y a peu de temps encore, pénètre de plus en plus dans notre pratique.

Les déclarations successives de MM. **Monod, Forgue, Michaux, P. Reclus, Ricard, Schwartz, Routier, Quénu, Reynier, Delorme, J.-L. Championnière, Le Dentu** et les miennes en témoignent. Non pas que nous ayons accepté sans réserves les conclusions intransigeantes de M. **Ollier**. Jamais l'ombre d'un accident, nous affirmait-il, aucune contre-indication valable, supériorité constante

de l'éther sur le chloroforme. C'est vraiment beaucoup, et, si pareil jugement pouvait prévaloir, on ne saurait comment qualifier la conduite des chirurgiens qui depuis vingt-cinq ans n'ont jamais cessé d'opérer sous le chloroforme. Aussi bien la majorité s'est-elle ralliée à l'avis de M. **J.-L. Championnière**, en acceptant comme démontrée la supériorité de l'éther dans certains cas déterminés, mais en reconnaissant, avec M. **Poncet** lui-même, que le chloroforme méritait encore très haute considération et que l'éther, en tout cas, trouvait des contre-indications indiscutables chez les enfants, chez les vieillards et chez les sujets aux prises avec une affection pulmonaire antérieure.

C'est à propos d'une *rate* blessée, puis extirpée par M. **Peyrot,** que notre discussion sur les **modifications de la température en cas d'hémorrhagie intra-séreuse** a pris naissance.

Le présentateur, notre si affectionné collègue, M. **Peyrot**, s'en est tout le premier fort étonné. Je vous ai, disait-il, présenté une rate extirpée à la suite d'une plaie pénétrante de l'abdomen. Mon opéré est mort de septicémie. C'est de par cette septicémie que la température s'est élevée avant la mort, et j'ai spécifié qu'il n'y avait pas trace d'hémorrhagie intrapéritonéale. En toute sincérité, je ne vois pas comment un fait aussi simple peut servir de texte à un débat de pathologie générale, portant tour à tour sur l'hématocèle, l'hémarthrose, les hémorrhagies séreuses en général, leur processus de résorption, la pathogénie de la fièvre traumatique et les indications opératoires qui en résultent. Mais la question était dans l'air, on jugeait sans doute son éclosion comme nécessaire et peu importait le prétexte.

M. **Quénu** a sonné le départ, en considérant l'ascension thermique comme le symptôme initial possible des grandes hémorrhagies intra-séreuses. M. **Delorme** l'a mis en demeure de préciser les conditions qui lui permettaient d'avancer un fait aussi contraire aux données classiques. M. **Quènu** lui a donné satisfaction et le débat s'est aussitôt élargi avec les communications successives de MM. **Kirmisson, Reynier, Pozzi, Bazy, Routier** et **Michaux.** Quant à la conclusion, elle est, il faut bien le dire, restée un peu vague et qu'on accepte la pathogénie irritative défendue par M. **Quénu,** ou les phénomènes de résorption nécrobiotique incriminés par M. **Pozzi,** le point qui reste à démontrer pour la majorité d'entre nous, c'est l'authenticité du symptôme hyperthermie au début des grandes hémorrhagies intra-séreuses. D'autant que, suivant les remarques successives de MM. **Michaux** et **J.-L. Championnière,** il y a là un point de doctrine dont la solution intéresse au plus haut chef la question des indications opératoires. Le sujet vaut donc la peine de rester à l'étude.

A M. **Pozzi** revient enfin le mérite d'avoir attiré l'attention de la Société sur la valeur du **sérum artificiel** en injections intraveineuses et sous-cutanées. Notre collègue nous a donné les résultats de son expérience à cet égard en nous parlant d'une observation de M. **Berlin** (de Nice), intitulée : *Accidents graves consécutifs à une hystérectomie vaginale. Injection intra-veineuse de 1,400 grammes de sérum artificiel. Guérison.* M. **Bouilly** a tout aussitôt souligné l'importance de cette question de thérapeutique et les faits successivement apportés par MM. **Monod, Peyrot, Terrier, Th. Anger** et par moi-même ont démontré que depuis plus ou moins longtemps nous avions tous à cœur d'élucider le sujet. Toutefois, cette première discussion ne pouvait rester qu'à l'état d'ébauche et, suivant la remarque de M. **Terrier**, nous n'arriverons à des conclusions fermes, qu'en étudiant isolément l'action des injections sous-cutanées et celle des injections intraveineuses. Quant à la puissance intrinsèque de ce nouvel et merveilleux moyen thérapeutique, elle n'est plus discutable, et nous devons souhaiter que son étude revienne le plus vite possible à l'ordre du jour de nos travaux. Toujours à propos du sérum, mais dans un autre ordre d'idées, M. **Pozzi** nous a fait une communication intéressante sur *l'emploi du sérum antistreptococcique de Marmoreck dans le traitement des phénomènes infectieux consécutifs aux opérations abdominales.* Mais cette observation est restée isolée.

En dehors des trois questions générales précédentes, tous vos travaux ont porté sur la chirurgie des régions ou sur la chirurgie viscérale. L'ordre anatomique est donc celui qui me parait le plus simple pour grouper les faits que je dois maintenant relever.

A propos du **crâne,** de la **face et du cou,** si j'en excepte votre ancienne discussion sur le *traitement des polypes naso-pharyngiens*, terminée par MM. **Berger**, **Picqué**, **Kirmisson** et **Bazy,** vous n'avez ouvert aucun nouveau débat et tout se borne aux documents que voici : — une *tumeur cérébrale* enlevée en deux temps par M. **Schwartz** ; — une pièce de M. **Routier**, très démonstrative au point de vue des lésions consécutives à la *contusion cérébrale ;* — un malade *trépané* par M. **Chevassus** et guéri d'*accidents cérébraux d'origine traumatique ;* — une communication très documentée de M. **Moty** sur un cas de *plaie du crâne par balle de revolver ;* — une lecture de M. **Jullien** sur une *ostéite syphilitique guérie par trépanation ;* — une communication de M. **Félizet** sur le *traitement du prognatisme par redressement mécanique progressif;* — un travail de M. **Pennetier** sur l'*extirpation du ganglion de Gasser par résection du maxillaire ;* — plusieurs communications de MM. **Delorme, Chaput, Surmay** (de Ham),

concernant la *rhinoplastie par le procédé de Tagliacozzi*, dont M. **Nélaton** a présenté un bel exemple ; la *restauration du nez par support métallique ;* le *traitement de la déviation de la cloison*, l'*autoplastie nasale avec soutènement du lambeau par un trépied métallique* et le *traitement de l'atrésie nasale cicatricielle ;* — un cas de *tumeur érectile veineuse de la face*, présenté par M. **Peyrot** ; — un exemple d'*adéno-lymphocèle du cou*, dû à M. **Th. Anger** ; — un travail de M. **Tuffier** sur le *traitement chirurgical du goitre exophtalmique ;* — et un rapport de M. **Chauvel** sur une observation de M. **Boppe**, intitulée : *Écrasement de la moelle par diastase des vertèbres cervicales.*

La **chirurgie des membres** nous a plus longuement occupés et j'ai d'abord à vous citer une série de faits qui sans doute mériteraient mieux, mais force est bien de me limiter. Ce sont, à propos des **tumeurs :** — la curieuse observation de M. **Heurtaux** qui a fait, il y a douze ans, *la résection d'une tête humérale atteinte de sarcome* et dont l'opérée reste aujourd'hui guérie sans trace de récidive ; — un autre cas de *sarcome huméral* guéri depuis trois ans, à la suite d'*une amputation inter-scapulo-humérale* pratiquée par M. **Delorme** ; — un rapport de M. **Tillaux** à propos d'une observation de M. **Broca** sur un cas de *fibro-sarcome de la gaîne du long péronier latéral ;* — un *curieux lipome sous-deltoïdien* enlevé et présenté par M. **G. Marchant.** — A propos des **lésions osseuses inflammatoires :** — le cas de *tarsectomie postérieure pour ostéite tuberculeuse* présenté par M. **Kirmisson** ; — un travail de M. **Poirier** sur *le remplacement d'une diaphyse tibiale nécrosée par la diaphyse péronière ;* — un bel exemple de *régénération de la clavicule après ostéomyélite nécrosique*, présenté par M. **Félizet** ; — un travail fort instructif dans lequel M. **Kirmisson** discute 12 observations sur lesquelles M. **Vincent** (de Lyon) s'appuie pour mettre en lumière la valeur de l'*adduction du membre au début de la coxalgie pour diagnostiquer les lésions acétabulaires.*

A propos des **traumatismes,** des **fractures** et des **luxations :** — un cas de *rupture de la longue portion du biceps avec résection du tendon*, présenté par M. **Bazy** ; — un exemple des bons effets de *la suture osseuse dans le traitement des fractures de l'olécrâne*, dû à M. **Schwartz** ; — deux cas de *décollement traumatique de l'épiphyse humérale supérieure* traités et guéris par la résection du fragment diaphysaire. M. **Walther**, qui nous a présenté ces deux malades nous a lu, de plus, une fort belle observation d'*arthrotomie avec suture des condyles dans un cas de fracture compliquée de l'extrémité inférieure du fémur gauche ;* — un malade présenté par M. **Quénu** comme démonstration des bons

effets du *massage dans le traitement des fractures de rotule;* — un rapport de M. **Felizet** sur une observation d'*hémarthrose avec corps étranger articulaire* dû à M. **Isambert**; — un rapport de M. **Delorme** sur un cas de *luxation métatarso-phalangienne du gros orteil en bas,* adressé par M. **Amat**.

A propos du **pied** et de la **main :** — M. **Quénu** nous a montré un succès obtenu par l'*opération d'Ogston;* — M. **Rochard** nous a présenté des *moules* démontrant l'utilité des *résections osseuses dans le traitement du pied-bot;* — M. **Poirier** s'est occupé *du doigt à ressort* à propos d'une communication de M. **Le Clerc** (de Saint-Lô); — M. **Zaepffel** nous a adressé une observation de *kyste à grains riziformes;* — enfin, M. **Berger** nous a fait constater sur l'un de ses opérés que l'*autoplastie par la méthode italienne* pouvait donner des résultats très durables dans le *traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire.*

Outre ces faits isolés, je dois une mention particulière à deux courtes discussions soulevées : la première par M. **Quénu** sur les *résections veineuses dans la cure radicale des varices*, et la seconde, par deux communications de MM. **Delorme** et **Moty**, l'une et l'autre fort instructives au point de vue de la bonne qualité possible des *moignons d'avant-bras à la suite d'amputations* pratiquées dans les conditions les moins chirurgicales. La main du malade de M. **Delorme** avait été arrachée en totalité et les douze tirailleurs annamites de M. **Moty** avaient eu la main, non point arrachée, mais tranchée au « coup-coup » par leurs ennemis, ce qui ne vaut guère mieux. En tout cas et sous la réserve des objections formulées par MM. **Poirier**, **Pozzi** et **Quénu**, la bonne qualité de la cicatrisation de ces treize mutilés ne doit pas être oubliée.

Vous savez, enfin, que la *chirurgie des membres* vous a inspiré trois discussions très dignes d'attention : 1° sur la *tuberculose de la moelle diaphysaire consécutive aux arthrites tuberculeuses ;* 2° sur l'*intervention dans les luxations irréductibles ;* 3° sur le *traitement des anévrysmes.*

Dans une première communication sur l'*infiltration tuberculeuse de la moelle diaphysaire humérale et fémorale dans les cas d'arthrite fongueuse du coude et du genou*, M. **Le Dentu** avait paru considérer la désarticulation du membre comme l'intervention de choix; conclusion très radicale contre laquelle MM. **Quénu**, **J.-L. Championnière** et **Félizet** ont vivement protesté. Aussi bien, dans une séance suivante, M. **Le Dentu** est-il venu spécifier que, lui aussi, n'admettait les indications de la *désarticulation* qu'après l'essai loyal des procédés plus conservateurs. Posée de cette façon, la question ne prêtait plus à discussion et chacun s'est entendu sur l'importance du fait clinique mis en lumière par M. **Le Dentu.**

Enfin, M. **J.-L. Championnière** a judicieusement observé que la discussion actuelle montrait une fois de plus la grande résistance que nous offre la vitalité des os, lorsque les divers traumatismes chirurgicaux dont ils sont l'objet, sont pratiqués dans les conditions d'asepsie voulue.

C'est à propos d'un rapport de M. **Picqué** sur trois observations de *luxations irréductibles de l'épaule et du coude* envoyées par M. **Civel** (de Brest), que MM. **J.-L. Championnière, Monod, Félizet, Marchand, Quénu, Ricard, Kirmisson, Tuffier** et **Berger** ont tour à tour exposé les résultats de leur pratique en pareil cas. Et comme il était facile de le prévoir, si quelques divergences de détail ont pu subsister, l'accord s'est fait sur les grandes lignes de la question : bienfaits de l'intervention armée, nécessité de ne prendre le bistouri qu'après l'impuissance avérée des méthodes non sanglantes, moment opportun pour intervenir. A ce dernier point de vue, M. **Quénu** s'est toutefois un peu séparé des données jusqu'ici classiques, en spécifiant, qu'en pratique, l'âge d'une luxation n'a pas toute la valeur qu'on lui accorde, et ne saurait impliquer aucune indication précise ; l'irréductibilité importe seule, a-t-il dit, et dès qu'elle existe, qu'elle soit ancienne ou récente, il faut prendre le bistouri. Quant à la nature même de l'intervention convenable, pour le cas particulier du coude, tout le monde n'est pas tombé d'accord, et tandis que MM. **Berger, Tuffier** et **J.-L. Championnière** ont considéré la résection totale comme l'interventoin de choix, nous avons vu MM. **Ricard, Civel** et **Reboul** préférer l'arthrotomie. En ce qui regarde l'épaule, les mêmes divergences ne pouvaient exister et notamment dans le cas particulier des *luxations scapulo-humérales compliquées de fractures de la tête*, il est clair que l'arthrotomie avec résection du fragment osseux s'impose comme seule opération rationnelle. M. **Delorme** nous a du reste présenté un de ses opérés chez lequel cette pratique lui a donné un superbe résultat.

La question si capitale du *traitement chirurgical des anévrysmes* a été mise à l'ordre du jour par la communication de M. **Heurtaux** (de Nantes), sur un cas d'*anévrysme multilobé de l'artère fémorale traité avec succès par l'extirpation complète du sac, avec résection de 16 centimètres de l'artère et de 14 centimètres de la veine.* Fort beau succès dont l'auteur s'est autorisé pour formuler cette conclusion que l'extirpation du sac doit être considérée comme la méthode de choix dans le traitement des anévrysmes des membres. C'est aussi l'opinion de M. **Chaput**. A son avis, les autres interventions ne sont que des pis-aller imposés par la nécessité, nécessité dont il conteste d'autant moins la possibilité, qu'il nous a communiqué l'observation d'*un énorme ané-*

vrysme du triangle de Scarpa qu'il a dû traiter lui-même par l'incision entre deux ligatures, sans pouvoir procéder à l'extirpation.

Mais, il faut bien le reconnaître, les contre-indications de la méthode sont peut-être plus nombreuses que ne le pensent MM. **Heurtaux** et **Chaput**. M. **Quénu** a souligné l'une d'elles, en signalant la coexistence possible d'autres dilatations anévrysmales au-dessus du segment vasculaire dont on projette la résection. De leur côté, MM. **Kirmisson, Schwartz** et **Marchand**, possédant à leur actif de beaux succès obtenus par la ligature, ont pris la défense de cette méthode, moins idéale sans doute, mais plus simple et souvent très suffisante. Aussi bien, M. **J.-L. Championnière** a-t-il donné la juste note en observant que les conditions afférentes à l'âge des patients, au degré de circonscription et aux connexions du sac, sont vraiment trop complexes pour que les formules absolues puissent jamais prévaloir. Contentons-nous donc, disait-il, de rechercher, suivant les cas, les indications respectives des deux méthodes que l'antisepsie nous permet d'appliquer en toute sécurité. C'est là, et là seulement, que se trouve le progrès à enregistrer.

J'en arrive à la **Chirurgie du thorax**. Ici, je vous rappellerai d'abord les trois cas de fistules pleurales guéries par résection costale dont MM. **Monod, Quénu** et **Bousquet** nous ont successivement entretenu, et surtout, la très belle communication de M. **Ziembicki**, sur un cas de *phlegmon du médiastin postérieur*. Mais, vous le savez, c'est la **chirurgie pulmonaire** proprement dite qui vous a surtout préoccupés.

M. **Chauvel** vous a lu d'abord un rapport sur un travail du D[r] **Lorin**, intitulé : *Plaie pénétrante de poitrine par balle ; hémothorax tardif. Guérison.* Puis, beaucoup plus tard, M. **Reynier** vous a présenté un malade qu'il avait opéré pour une *hernie du poumon à travers l'éclatement complet d'un espace intercostal*, et c'est alors que, vous inspirant de cette observation, vous avez engagé la discussion que vous savez et qui fera certainement date dans l'histoire de la chirurgie pulmonaire. Pendant neuf de vos séances, MM. **Michaux, Quénu, Poirier, Reynier, Berger, Delorme, J.-L. Championnière, Monod, Ricard** et **Terrier** ont successivement pris la parole pour documenter et préciser les points en litige. Ne m'accusez pas d'oublier ici les deux noms de MM. **Bazy** et **Tuffier**. Leurs communications si fournies et la vivacité de leur argumentation sont trop bien gravées dans notre souvenir pour que pareille omission soit possible. Et si je ne les ai pas encore nommés, c'est uniquement pour faire mieux ressortir l'importance de leur intervention dans le débat.

Quant aux questions soulevées, elles sont vraiment trop nom-

breuses et trop complexes pour que j'en puisse tenter l'analyse. C'est qu'en effet, après avoir discuté un instant sur l'observation de M. **Reynier** et sur celle de M. **Quénu**, c'est la chirurgie pulmonaire tout entière que les auteurs ont abordée, étudiant tour à tour le traitement chirurgical de l'*hémothorax* et la *pneumotomie*, la valeur des *indications opératoires* dans l'un comme dans l'autre cas, les ressources de l'*exploration médicale*, le *pronostic d'avenir* des interventions de cette nature et le *manuel opératoire* à choisir, suivant les cas particuliers. Il m'est donc bien réellement impossible de vous reproduire, même partiellement, les considérations multiples qu'une pareille étude a pu vous suggérer. Laissez-moi seulement vous rappeler que, dans cette longue discussion, ce sont les faits concernant l'*exploration chirurgicale du poumon* qui ont tenu la plus large place. Et c'est précisément cette question qui nous a valu, d'une part, la communication de M. **Tuffier** sur l'*exploration du poumon par décollement pleuro-pariétal*, et, d'autre part, la riposte dans laquelle M. **Bazy** a si chaudement revendiqué les droits de l'*incision pleurale exploratrice* pure et simple. La discussion s'est terminée par la démonstration de la valeur de ces deux modes d'exploration, dont l'avenir pourra seul préciser les indications respectives.

Il y a déjà bien longtemps que je retiens votre attention, et cependant je suis loin d'être au bout de ma tâche ! Il me reste à vous parler de vos travaux sur la **Chirurgie abdominale**, lesquels comprennent, avec une longue série de communications fort importantes, les cinq grandes discussions que vous avez soutenues sur la *chirurgie du foie*, les *plaies et contusions de l'abdomen*, les *appendicites et les fistules urétéro-vaginales*. Ici encore, je procéderai par ordre d'organes et de région.

La chirurgie des **parois abdominales** nous a valu, d'une part, un rapport de M. **Tillaux**, sur un cas de *phlegmon péri-ombilical par concrétion sébacée*, observé par M. **Marais** (de Honfleur) et, d'autre part, la présentation par M. **Reclus** d'un malade opéré par M. **Verneuil**, il y a douze ans, d'un volumineux fibrome de la paroi abdominale, lequel n'a jamais récidivé depuis, en dépit du caractère incomplet de l'ablation ; résultat fort heureux, sans doute, mais qui ne saurait modifier nos opinions sur la nécessité des ablations radicales, toutes les fois que faire se peut. Puisque j'en suis aux parois de l'abdomen, permettez-moi de placer ici deux rapports intéressants, l'un de M. **Kirmisson**, sur un travail de M. **Broca**, concernant les *tumeurs sacro-coccygiennes*, et l'autre de M. **Quénu**, sur un travail dans lequel M. **Binaud** étudie les *troubles de la marche consécutifs à la symphyséotomie* et le traitement de la *mobilité symphysienne par la suture osseuse*.

A propos de la **chirurgie du foie :** deux lectures, l'une de M. **Pierre Delbet**, sur un cas de *cholécysto-entérostomie*, et l'autre de M. **Walther**, sur *six abcès du foie*, nous ont fourni d'intéressants documents. Mais c'est à MM. **Quénu** et **Tuffier** que nous devons les deux communications les plus originales et la discussion qui s'en est suivie, grâce à l'intervention de MM. **Poirier, Michaux, Routier** et **Schwartz**. A propos d'un cas de *cholédochotomie en deux temps* pour un calcul qu'il nous a présenté, M. **Quénu** nous a exposé l'état actuel de cette question, en insistant surtout sur les difficultés du diagnostic, sur le pronostic consolant des interventions précoces et sur quelques détails concernant l'anatomie topographique du cholédoque. M. **Michaux** a parlé dans le même sens, en communiquant, à son tour, *deux observations de cholédochotomie*. Enfin, M. **Tuffier** nous a montré la possibilité d'explorer et d'ouvrir ce canal par la *voie lombaire*, possibilité opératoire fort intéressante, sans doute, dont M. **Poirier** a lui aussi étudié les conditions anatomiques; mais, d'une façon générale, à MM. **Routier, Schwartz, Michaux, Quénu** et à moi-même, il nous a paru que, pour être possible, la voie lombaire n'en resterait pas moins une voie d'exception, bien inférieure à la laparotomie.

Parmi les travaux de **chirurgie abdominale** proprement dite, je mentionnerai seulement le rapport de M. **Routier** sur un cas de *sarcome du mésentère* enlevé par M. **Potherat**; le succès que M. **Routier** a obtenu par laparotomie dans un cas d'*occlusion intestinale par coudure chez un homme de 73 ans* et la communication de M. **Kirmisson** sur la *péritonite à pneumocoques*, pour en arriver tout de suite à l'observation de M. **Rochard**, point de départ de votre discussion sur les *plaies pénétrantes de l'abdomen.* M. **Rochard** fut appelé à donner ses soins à une malade ayant reçu deux *coups de couteau* dans le ventre, l'un au niveau du *cœcum*, l'autre un peu plus en dehors et à gauche de la ligne médiane. Bien que les symptômes fonctionnels fussent à peu près nuls, M. **Rochard** fit une *première laparotomie sous-ombilicale* qui lui permit de *suturer deux plaies du cœcum*. Une *deuxième laparotomie sus-ombilicale* fit constater qu'aucun organe, à ce niveau, n'avait été blessé. Dans un *rapport* très soigneusement étudié et basé sur les communications les plus récentes, M. **Chaput** a approuvé sans réserve la conduite tenue par M. **Rochard**. Il s'est efforcé de démontrer combien l'absence de tout symptôme au début peut être trompeuse, et il a préconisé, sans restriction, la laparotomie immédiate avec incision large et dévidement de l'intestin.

Aux règles absolues posées par M. **Chaput**, M. **Berger** a opposé les avantages de l'expectation, basés sur l'observation clinique attentive et l'opportunité d'attendre l'apparition du symptôme

alarmant pour intervenir. M. **Reclus,** rappelant nos discussions antérieures, a déclaré que depuis lors il avait évolué et qu'à cette heure il était, à peu de chose près, aussi interventionniste que M. **Chaput**. De son côté, M. **Nélaton** a pris la défense, aussi bien des interventions précoces que des grandes incisions, en insistant beaucoup sur le caractère illusoire des symptômes que M. **Berger** voulait considérer comme décisifs, et sur les périls de l'expectation.

Une observation de M. **Schwartz,** trois faits de M. **Reboul**, sont venus étayer les conclusions du rapporteur, auquel une observation de M. **Albarran** devait, quelques jours plus tard, fournir un argument topique. M. **Albarran**, appelé auprès d'une jeune femme enceinte de quatre mois, qui venait de se tirer un coup de revolver dans la région sous-ombilicale, n'hésita pas à pratiquer la laparotomie. Grâce à une large incision et au dévidement de l'intestin, il put suturer cinq plaies de l'intestin et une plaie du fond de l'utérus par laquelle passait une anse de cordon ombilical qui fut réséquée. Le lendemain, la malade expulsait son fœtus, elle guérit ensuite complètement et M. **Pozzi,** dans le rapport qu'il a consacré à cette observation, a montré comment ce superbe succès était dû, d'une part, à la rapidité de l'intervention et, d'autre part, à l'exploration complète de la masse intestinale.

A cette importante discussion sur les plaies pénétrantes de l'abdomen, en a bientôt succédé une autre sur l'intervention dans les *contusions de l'abdomen*, grâce à la communication de M. **Michaux.** M. **Michaux** se basant sur onze cas de laparotomie pour contusions graves concluait à la nécessité de l'intervention précoce dans les quinze ou vingt premières heures. C'est à cette opinion que se sont rangés M. **Chaput** et M. **Guelliot.** MM. **Quénu, Routier, Kirmisson** et **Reynier,** moins absolus, ont insisté sur la nécessité d'intervenir seulement dans les cas de contusions très graves. Dans le même ordre d'idées, et tout en se montrant très interventionniste, M. **Delorme** a insisté sur la bénignité particulière des *contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval.*

Les communications sur la **chirurgie de l'estomac et de l'intestin** ont été, à leur tour, nombreuses et fort intéressantes : M. **Dayot** nous a communiqué un exemple vraiment curieux de l'influence curative que peut avoir la *laparotomie exploratrice sur certains néoplasmes fibreux de l'estomac.* — Les *pièces* successivement présentées par MM. **Terrier, Delorme, Bazy** et **Quénu** sont venues ajouter des documents instructifs à l'histoire de la *gastro-entérostomie pratiquée avec le bouton de Murphy*, et les malades que MM. **Peyrot** et **Monod** nous ont montrés, témoignent des résultats avantageux de cette intervention en cas de *cancer de*

l'estomac. — L'emploi du bouton de Murphy, ses indications, et les précautions opératoires qu'il exige ont été étudiées ensuite par M. **Peugniez** (d'Amiens) dans un mémoire dont le rapport a été confié à M. **G. Marchant**; par M. **Lejars**, qui nous a lu une observation de *résection intestinale avec anastomose des deux bouts au bouton de Murphy*, dans un cas d'anus contre nature; par M. **Forgue**, dans une remarquable communication rédigée à propos d'un cas analogue. Vous n'avez pas oublié, enfin, l'important mémoire dans lequel M. **Chaput**, reprenant ce chapitre de chirurgie, nous a fait connaître le *nouveau bouton anastomotique* dont il préconise l'emploi dans les opérations de cette nature. Un rapport de M. **Picqué** vient clore cette liste. Il s'agit d'une *gastrostomie* de M. **Monnier** pratiquée par le procédé de Franck-Villar, procédé compliqué et beaucoup trop long, à propos duquel MM. **Reclus, Kirmisson, Routier, Schwartz, Monod** et **Michaux** ont à bon droit affirmé leurs préférences pour la méthode classique, soit en un temps, — M. **Routier** nous a présenté un très beau succès obtenu de cette manière, — soit en deux temps, comme le conseillent souvent MM. **Monod, Schwartz** et **Routier.**

Au nombre des questions de chirurgie abdominale qui vous ont le plus attirés, l'*appendicite* tient, cette année encore, l'une des premières places. Aussi bien, peut-on, grâce à vous, considérer la mise au point de cette question comme définitive. Les médecins eux-mêmes sont les premiers à reconnaître l'urgence de notre intervention et laissez-moi devancer ici la pensée qui vous vient à tous : cette année, plus que toute autre, nous devons nous en réjouir et souhaiter que le mal en question n'en vienne plus jamais à cette cruelle ironie de s'en prendre à ceux qui ont le plus fait pour nous apprendre à le combattre. Parmi les documents relatifs à l'appendicite figurent d'abord plusieurs faits intéressants : deux communications de M. **Charles Monod**, une sur l'*examen bactériologique du pus en cas d'appendicite*, et l'autre intitulée *contribution à l'étude de l'appendicite* ; la présentation, par le même chirurgien d'un malade guéri d'une *péritonite purulente, d'origine appendiculaire;* une communication de M. **Perier** *sur deux observations d'appendicite opérée à froid* et deux présentation de pièces par MM. **Routier** et **Marchand.**

Enfin, c'est à propos d'une observation de M. **Rigal**, intitulée : *Appendicite infectieuse compliquée de péritonite, traitée avec succès par la résection de l'appendice*, que M. **Jalaguier**, nous a lu le rapport point de départ de la discussion si bien documentée ensuite, durant six de nos séances, par MM. **Routier, Monod, Tuffier, Brun, Quénu, Nélaton, G. Marchant, Reynier, Schwartz, Reclus, Kirmisson, Berger, Michaux, Bazy** et **Delorme.** Suivant

l'usage, les divers orateurs se sont bien vite affranchis des limites que leur assignait le rapport primitif de M. **Jalaguier**, si bien que toutes ou presque toutes les questions afférentes aux diverses formes de l'appendicite ont été remises sur le tapis sans qu'il ait été du reste rien versé de très neuf aux débats depuis les communications des années précédentes. Je me bornerai donc à rappeler que la discussion de cette année a surtout porté sur les déboires réservés par les abcès plus ou moins éloignés du foyer appendiculaire primitif; sur le soin que nous devons mettre, soit à déloger le pus, soit à réséquer l'appendice et surtout sur la conduite à suivre en cas de péritonite plus ou moins généralisée, seule catégorie dont M. **Jalaguier** se soit occupé dans son rapport et sur laquelle il a su nous donner, au point de vue des indications et de la clinique, des développements d'ordre tout à fait supérieur.

A ces divers égards, l'entente s'est faite à peu près unanime; sur deux points seulement, MM. **Quénu** et **Tuffier** se sont un peu séparés de leurs collègues. On sait, en effet, que, pour M. **Quénu**, le soin que nous croyons devoir mettre à la recherche du pus et de l'appendice est souvent illusoire et dangereux. Pour lui, ne jamais rechercher l'appendice, ne jamais ouvrir le foyer purulent quand il ne s'offre pas nettement au bistouri, et se contenter alors d'établir un large drainage à la gaze iodoformée, voilà la seule manière d'agir sûrement, sans jamais nuire. Or, en termes aussi absolus, ce précepte a été jugé par tous comme beaucoup trop excessif, et M. **Nélaton**, en particulier, a mis en pleine lumière les périls que l'on risque en procédant de cette manière. Quant à M. **Tuffier**, les succès de sa pratique lui ont donné sur le pronostic de l'intervention, en cas de péritonite généralisée, un optimisme devant lequel vous êtes tous restés plutôt incrédules, vous demandant, avec raison, je crois, si les péritonites généralisées, diffuses, d'origine appendiculaire, curables par le bistouri, ne sont pas, presque toujours des péritonites purulentes à grand enkystement. — Pour terminer ce qui a trait à la chirurgie intestinale, notons encore une intéressante communication de M. **Montprofit**, intitulée : *Cancer du rectum, ablation par voie sacrée, fermeture secondaire de l'anus sacré, abaissement et fixation du rectum au niveau de l'anus normal.*

A propos des **voies urinaires,** nous avons eu plusieurs communications instructives : — une communication de M. **Routier** sur une *néphrectomie pour tuberculose rénale;* — un travail de M. **Picqué** sur un cas d'*hémophilie traité par néphrotomie;* — une pièce de M. **Tuffier,** concernant la *néphrolithotomie des petits calculs;* — la lecture de M. **Delagénière** sur l'*extirpation de la*

muqueuse vésicale tuberculeuse, méthode radicale, jugée comme au moins excessive par plusieurs d'entre nous ; — des travaux intéressants de MM. **Mougeot, Maurange** et **Rollet** sur la *cystostomie chez les prostatiques*, opération dont M. **Picqué** a repris l'étude dans son rapport sur le cas de M. **Maurange** ; — un *fibrome de l'urèthre* enlevé et présenté par M. **Routier** ; — un travail de M. **Pousson** sur l'*uréthrectomie dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre ;* — enfin, deux communications fort importantes de MM. **Bazy** et **Tuffier** :

Le travail de M. **Bazy** a pour titre : *Les infections urinaires*. A propos d'un urinaire diabétique, chez lequel un simple cathétérisme aurait déterminé des accidents généraux infectieux et finalement mortels, M. **Bazy** émet une conception personnelle de l'infection urinaire. Pour lui, l'infection urinaire doit disparaître du cadre nosologique : elle ne diffère en rien des infections générales ordinaires, si ce n'est parce qu'elle évolue chez un urinaire. M. **Bazy** dit bien, quelque part, que l'accès de fièvre dite urineuse a une *physionomie tout à fait spéciale,* mais cela ne suffit pas, à son sens, pour légitimer l'infection urinaire en tant qu'entité pathologique, comme nous l'admettons tous depuis **Velpeau.** Quant à la communication de M. **Tuffier,** elle portait sur les fistules uretérales consécutives à l'hystérectomie vaginale. Et, vous le savez, ce travail important a servi de point de départ à l'une de vos principales discussions.

Grâce à M. **Tuffier,** grâce à la part très active que MM. **Poirier, Quénu, Routier, Bazy, Richelot, Schwartz, Reynier, Michaux, Chaput** et **Ricard** ont prise au débat, les diverses questions relatives à la *pathogénie des fistules uretéro-vaginales*, à leur *fréquence*, à leur *diagnostic* et au *traitement* qui leur convient ont été éclairées d'un jour nouveau. La cure de ces fistules vous a surtout préoccupés. Et, tour à tour, vous avez vu défendre, par les uns, la possibilité d'intervenir avec succès par *voie vaginale* et, par les autres, la supériorité constante de la belle opération que M. **Bazy** a fait connaître sous le nom d'*uretéro-cysto-néostomie*. Le petit nombre des faits qui pouvaient être apportés à l'actif de ces deux manières de faire ne pouvait guère permettre à l'une de triompher définitivement de l'autre. Cependant, il faut reconnaître que les arguments invoqués, notamment par MM. **Bazy** et **Chaput,** pour battre en brèche notre confiance dans les interventions vaginales étaient bien faits pour que la balance penchât de leur côté. Je suis d'autant plus aise de le noter que je n'ai pas caché mes préférences personnelles pour l'intervention par voie vaginale.

Mais il est un autre côté de la question que le travail de M. **Tuffier** ne pouvait manquer de mettre en très vive lumière. C'est la

prophylaxie des fistules en question. Tous les orateurs que j'ai cités ont bien vite suivi M. **Tuffier** sur ce terrain et c'est ainsi que le **manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale par morcellement** a pris à son actif plus de la moitié du débat. Je ne pouvais que m'en réjouir et j'ai fait de mon mieux pour apporter, moi aussi, ma pierre à l'édifice; mais, en raison même du temps que je vous ai déjà fait perdre à ce propos, permettez-moi de ne pas insister et de me borner à vous dire qu'à peu de chose près, nous sommes tous tombés d'accord sur les règles à suivre pour éviter aussi sûrement que possible cette complication dans la pratique de l'*opération de Péan.*

Ce n'est pas seulement l'hystérectomie vaginale que nous avons étudiée; grâce au travail de M. **Delagenière**, sur *dix cas de fibromes utérins traités par l'hystérectomie abdominale totale,* grâce enfin, et surtout, à M. **Richelot** qui nous a si brillamment exposé son procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale, le dossier de cette opération, actuelle entre toutes, a trouvé dans les communications successives de MM. **Schwartz, Ricard, Routier, Tuffier, Quénu** et **Championnière** les documents les plus précieux. On a beaucoup reproché à M. **Richelot** le qualificatif de son procédé, mais, dans sa réponse, notre collègue a levé l'objection, en réduisant à sa véritable signification l'adjectif incriminé. Et son procédé si ingénieux, pour ne convenir sans doute qu'à certains cas particuliers, n'en conserve pas moins sa réelle originalité. Ajoutons que, suivant la remarque de M. **Championnière,** nous conserverons de cette discussion le souvenir d'un fait capital : c'est qu'à cette heure, dans la pratique de l'hystérectomie abdominale, le but idéal à toujours poursuivre, c'est la suppression du pédicule. A propos de l'hystérectomie, je répare un oubli en vous citant une malade de **M. Michaux** guérie depuis plus de deux ans d'un cancer de l'utérus par une *hystérectomie pratiquée par voie sacrée.*

Toujours dans le domaine de la **gynécologie opératoire,** je dois une mention particulière à quelques communications qui, pour être restées isolées et peu ou pas discutées, n'en méritent pas moins rappel attentif. Ce sont : une lecture de M. **Potherat,** sur *trois cas de grossesse extra-utérine* et *trois fœtus ectopiques* présentés par M. **Routier,** documents précieux qui devaient fournir à M. **Picqué** l'occasion de provoquer votre récente discussion sur le *traitement de la grossesse extra-utérine;* — un rapport de M. **Picqué,** sur une observation de M. **Villar,** grâce à laquelle votre attention a été un instant ramenée sur la *conduite à suivre en cas d'absence du vagin;* — un cas de *fistule recto-vaginale par concrétion calculeuse pariétale,* présenté par M. **Nélaton**; et le travail que je vous ai soumis sur la *suppression des larges fistules*

recto-vaginales haut situées par un nouveau procédé opératoire; — une communication de M. **Le Dentu**, sur la *crête médiane postérieure, envisagée comme signe de rétrodéviation;* — enfin deux communications fort intéressantes de M. **Pozzi** :

La première concernait *un cas de double pyosalpinx provoqué par le massage.* Une courte discussion s'en est suivie dans laquelle MM. **Bouilly**, **Championnière**, **Routier** et **Richelot** se sont contentés d'affirmer leurs préventions contre cette méthode thérapeutique. Et cependant, les choses méritaient d'être examinées de plus près. M. **Monod** l'a bien compris : que le massage mal appliqué, nous disait-il, soit dangereux, rien de plus juste que de le proclamer; mais, quand on en connait le manuel et les indications, on peut en obtenir, dans certains cas déterminés, les meilleurs résultats. Si bien que M. **Pozzi** s'est, en fin de compte, félicité d'avoir attaché le grelot à cette question importante qui ne saurait manquer de reparaître un jour ou l'autre à notre tribune sous un jour plus vrai, c'est-à-dire plus favorable. Le deuxième fait présenté par M. **Pozzi** est celui d'un *rétrécissement cicatriciel du col de l'utérus* ayant provoqué de l'*hématurie, un hématosalpinx double et une hématocèle rétro-utérine.* Très belle observation qui a donné lieu à quelques considérations utiles sur les indications de l'hystérectomie vaginale et sur les difficultés de sa technique en cas d'amputation préalable du col.

Messieurs, j'ai terminé, mais avant de quitter cette place, permettez-moi deux mots encore. Je veux d'abord vous remercier de la parfaite bonne grâce avec laquelle vous avez tous facilité ma tâche. Enfin, tout bon secrétaire annuel ayant pour premier devoir de vous féliciter hautement sur le nombre et l'importance de vos travaux, vous ne pouvez pas me refuser le plaisir de suivre en cela l'exemple de mes prédécesseurs. Mais, je veux qu'on le sache bien, les félicitations que je vous adresse ne sont point du tout une formule banale. Elles expriment le sentiment le plus vrai, car jamais je ne saurai trop proclamer tout ce qu'il y a de profitable à suivre régulièrement vos réunions. Votre secrétaire annuel n'a pas seulement à vous entendre une fois la semaine; il doit vous écouter et vous interpréter. Viennent ensuite le classement de vos publications et la correction de vos placards, si bien que, durant toute une année, il n'est pour ainsi dire pas de jour qui passe sans que le souvenir de vos discussions lui revienne à l'esprit, pour l'imprégner, le guider, ou l'instruire. Et, je vous le répète, je ne connais pas de plus merveilleuse école pour tout chirurgien désireux de voir juste et droit.

ÉLOGE D'ALPHONSE GUÉRIN

Par le Dr PAUL RECLUS

Secrétaire général.

Messieurs,

Quand vous m'avez confié l'honneur de remplacer M. Charles Monod, ma première pensée — et ma première appréhension — furent pour « l'éloge » que le secrétaire général doit prononcer dans cette séance solennelle. Mon consciencieux prédécesseur ne me laissait rien à faire : avant de se démettre, il vous avait lu sa belle notice sur le professeur Le Fort, le dernier des présidents que la Société eût alors perdu, et je songeais à chercher dans nos archives si quelque membre obscur n'avait pas échappé à nos panégyriques... Le sort s'est chargé de me fournir une trop ample matière : coup sur coup sont morts quatre de nos maîtres parmi les meilleurs et les plus éminents, Alphonse Guérin, Verneuil, Marjolin et le baron Larrey. Hélas ! j'ai déjà mon compte. En voilà autant que j'en puis louer dans les quatre années dévolues à nos fonctions !

Alphonse-François-Marie Guérin naquit le 9 août 1816 à Ploërmel, petite ville du Morbihan. Il était fils de Pierre-Marie Guérin et de dame Thérèse-Julie-Perrine Orrieulx. Origine assez humble, car si sa mère, Orrieulx de Laporte, sortait de souche noble, son grand-père, Joseph Guérin, était huissier audiencier de la sénéchaussée royale de Ploërmel, où son père occupa une même charge. Il ne l'exerça pas longtemps et mourut, en 1822, dans sa trente-huitième année, laissant sa jeune femme à peu près sans ressources avec ses deux fils, Frédéric, âgé de sept ans, et Alphonse, qui en avait à peine six. Mais Mme Guérin était une de ces vaillantes femmes comme on en signale souvent au seuil des fortes familles qu'elles enfantent et qu'elles disciplinent. En matière d'éducation, les exemples valent mieux que les préceptes, et les actes que les paroles. A voir leur mère travailler sans repos ni trêve pour les nourrir d'abord et les instruire ensuite ; à la sentir ardente et joyeuse dans son dévouement et prête pour eux à tous les sacrifices, ses fils n'avaient plus à apprendre de quels inflexibles devoirs se tisse la trame de la vie.

La modeste famille vécut d'abord près des Halles, au centre de la ville, dans la petite maison où les deux enfants étaient nés ; ils la quittèrent bientôt pour « les Fossés », habitation plus vaste, au

pied des vieux remparts, et qui s'ouvrait sur la campagne ; les deux frères purent s'en donner à cœur joie de jeux et d'école buissonnière. Dans ce milieu breton, au seuil de la Bretagne la plus bretonnante, la haine entre bleus et blancs était toute chaude encore. Le petit Alphonse engageait ou soutenait de terribles batailles ; aussi, le soir, rapportait-il au logis, avec autant de coups qu'il en avait donné, blouse et culotte en assez mauvais point, force accrocs à repriser par la mère. Souvent le combat était précédé d'un défi ; on provoquait un adversaire et l'on se mesurait sous les yeux des juges de camp. Un jour, dans une de ces rencontres, Frédéric faiblissait sous l'étreinte d'un ennemi plus fort. Alphonse assistait à la lutte et s'écriait haletant : « Courage, mon frère, ou l'honneur des Guérin est perdu. »

A cette vie libre, à travers les rues du vieux Ploërmel ou dans la vague étendue des landes environnantes, le développement physique de l'enfant devint remarquable, mais son instruction restait rudimentaire et il s'était acquis la réputation d'un très médiocre écolier. Son oncle maternel, homme charmant et bon, de ceux qui, par leur gaieté, leur énergie et leur dévouement, exercent une grande influence sur la jeunesse, prit un jour son neveu à part : il était temps de se mettre au travail ; leur mère ne pourrait toujours coudre et broder pour augmenter les ressources du ménage ; ce serait à ses fils à la nourrir à leur tour. La résolution d'Alphonse Guérin fut bientôt prise ; mais son instinct l'avertissait que, dans un milieu nouveau, il se plierait plus aisément aux exigences d'une vie nouvelle. Il demanda à quitter Ploërmel et sa modeste école pour quelque ville moins mal partagée. L'idée fut trouvée bonne ; la mère et les deux enfants partirent à pied, suivis d'une voiture portant les malles et les meubles ; ce fut à Vannes qu'on s'arrêta.

Les héroïques résolutions prises par Alphonse Guérin ne faiblirent pas, ainsi qu'en témoigne une notice très intéressante publiée par le Dr Mauricet sur le collège de Vannes. Fondé en 1328, ce collège, au XVIIIe siècle, eut jusqu'à 1,200 élèves ; il jouissait en Bretagne d'une grande réputation. Le poète Brizeux en sortait en 1831, à l'époque où le recteur demandait l'exemption de rétribution pour cinq élèves, remarquables par leurs succès et leur conduite ; parmi eux se trouvaient Jules Simon et les deux Guérin.

Depuis les batailles de son enfance, les combats livrés aux « blancs » de Ploërmel, Alphonse Guérin voulait être soldat, soldat de terre ou de mer. L'heure sonnait — il avait quinze ans — où une décision devenait nécessaire ; il songeait à l'Ecole navale, et, pour s'y préparer, il résolut de se rendre à Lorient chez M. Dinel, son parent et son premier instituteur, celui qui jadis, à Ploërmel, en lui

apprenant à lire, plaçait à côté du livre un fouet dont il cinglait souvent et cruellement son élève. A Lorient, ce n'était plus un fouet, mais un biniou qu'il embouchait parfois en donnant sa leçon. Au bout de six mois Alphonse se présentait au concours, où il ne fut qu'admissible ; une autre année de préparation s'imposait ; il comptait, s'il éprouvait un échec définitif, se tourner vers l'École polytechnique. Son oncle, celui qui avait pris auprès d'eux la place du père mort, intervint à nouveau et lui conseilla d'accepter une place d'interne en médecine que lui proposait une cousine de sa mère, Mme O'Neil, tante du général et de l'amiral actuels et religieuse tenant la pharmacie à l'hôpital civil et militaire de Bourbon-Vendée.

La lutte fut douloureuse. Accepter, c'était rompre avec ses goûts les plus chers, et briser ses rêves d'avenir. Peut-être, dans sa première enfance, quand il organisait contre ses camarades d'école la défense de sa forteresse — une vieille diligence échouée dans un coin des Halles — peut-être avait-il entrevu, comme dans un lointain éclair, la statue que ses concitoyens, ses amis et ses élèves vont lui élever sur une place de Ploërmel ; mais le chapeau à plumes devait ombrager sa tête et sa main s'appuyer sur un sabre ou sur l'affût d'un canon... Le regret de cette vie de soldat le hanta toujours, et, en 1870, pendant l'invasion prussienne, il disait à un ami de son cœur : « J'ai cinquante-six ans ; à cet âge on est général et, si je l'étais, je suis Breton, persévérant et tenace, je l'aurais tant désiré, tant voulu, que je l'aurais peut-être gagnée, la bataille ! » Après tout, pourquoi pas ? N'en gagnait-il pas une à ce même moment, et contre l'infection purulente, ce terrible ennemi qui avait défié les plus grands de notre profession ?

Alphonse Guérin se résigna et partit pour Bourbon-Vendée. Il entrait bien jeune dans la voie, à dix-sept ans, mais par une si petite porte ! Il n'eut, à l'hôpital, d'autre maître que sa cousine, Mme O'Neil. Combien de fois n'a-t-il pas raconté la première et mémorable leçon qu'il en reçut, le jour même de son arrivée : « Il te faut pourtant, lui dit-elle, connaître ton métier : prends une lancette et saigne-moi », et elle lui tend son bras droit. Alphonse Guérin pique au pli du coude, mais sans résultat. « — Ça, c'est une saignée blanche ; recommence à côté ! » Il obéit et, cette fois, ouvre la veine. « — C'est bien ; mais la saignée est plus difficile du côté gauche ! » et elle présente l'autre bras. Il plonge sa lancette et le sang jaillit de nouveau : « — Va ! dit la religieuse en bandant sa plaie, fais ton service ; tu sais ton métier ! »

Ce n'était pas dans cet hospice, à pratiquer des saignées et à panser quelques ulcères, qu'il apprendrait vraiment son métier ;

il fut vite à le comprendre, car il avait à cœur d'être mieux qu'un infirmier instruit. Profitant d'une maladie qui éloignait M[me] O'Neil de Bourbon-Vendée, il demanda à partir pour Paris ; il avait déjà le grade de bachelier et put entrer à notre Faculté. Sa vie y fut celle de tous les étudiants laborieux. Il se mit au travail avec une véritable fougue ; il passait ses matinées à l'hôpital, déjeunait à peine, puis gagnait l'amphithéâtre et n'interrompait la dissection que pour assister à quelque cours. Le soir, dans sa chambre ou à la bibliothèque, il rédigeait les notes prises aux leçons ou se plongeait dans des livres d'anatomie et de pathologie. Chaque semaine, le samedi soir, il allait chez des amis à la campagne et n'en revenait que le lundi matin. Mais il emportait avec lui quelque débris dérobé à l'amphithéâtre et l'étudiait, à la grande indignation de ses hôtes : « Traiter ainsi de la chair de chrétien ! »

A ce dur labeur, il conquit bientôt son titre d'externe, puis, en 1840, celui d'interne des hôpitaux : vingtième sur une liste où nous relevons les noms de Houel, de Delpech et de Bergeron. Dès ce moment, la vie matérielle lui devint facile : à la modeste rétribution de l'Assistance publique s'ajoutait l'argent que lui donnaient ses élèves particuliers. En 1843, à 27 ans, il était aide d'anatomie de la Faculté et, en 1849, prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux : sa mère pouvait abandonner les travaux d'aiguille auxquels la vaillante femme avait demandé un supplément de ressources pour elle et ses fils : Alphonse Guérin et son frère Frédéric qui devait un jour être premier président, puis conseiller à la cour suprême, étaient maintenant à même de subvenir à tous les besoins. Et ce fut une joie profonde dont nous trouvons la trace dans quelques-unes de leurs lettres. En 1847, Alphonse était docteur et se préparait à devenir à son tour un maître.

En effet, le 5 avril de la même année, s'ouvrait le concours d'agrégation : Velpeau présidait ; Roux, Gerdy, Marjolin, Cazeaux, Marchal et Blandin étaient juges. Parmi les candidats on comptait Boinet, Depaul, Després, Deville, Désormeaux, Lacroix, Jamain, Rendu, Jarjavay, Boyer, Richet, Morel-Lavallée, Sappey et Alphonse Guérin. Nous n'avons pu recueillir aucun renseignement sur la valeur de la composition écrite : « Anatomie et physiologie du crâne. Ses fractures ». La *Gazette des hôpitaux* qui, d'ordinaire, envoyait un de ses rédacteurs aux séances pour renseigner ses lecteurs, était tout entière à la célèbre discussion sur l'enseignement et l'exercice de la médecine. Cette discussion passionnait la France d'alors. Un collège électoral était devenu vacant à Paris : Malgaigne en fut nommé député. On croyait que sa parole incisive saurait défendre la cause des concours, malmenés vivement par Cousin. Mais, à la stupéfaction générale, Malgaigne, si brillant à

l'Académie de médecine, n'obtint aucun succès à la tribune de la Chambre.

La *Gazette des hôpitaux* donne quelques détails sur les leçons des candidats : nous y lisons que celle de Morel-Lavallée sur la fracture du péroné fut substantielle ; le débit de l'orateur est accentué, mais trop rapide. Celle de Sappey, sur le même sujet, fut méthodique ; la phrase sort lentement, mesurée, mais peut-être un peu froide. Alphonse Guérin eut à traiter des fractures de la clavicule. « Il parle, dit le rédacteur, de l'École grecque, de l'École arabe, de l'École moderne ; il cite Aristote et Platon d'après Malgaigne. Sa leçon est assez remplie ; l'organe est sonore ; la parole est lente et quelque peu uniforme ». Boyer, Richet, Lacroix, Morel-Lavallée, Jarjavay, Depaul, Deville et Guérin furent admissibles ; en définitive on nomma Richet, Jarjavay et Sappey pour la chirurgie, Depaul pour les accouchements. Malgré une thèse intéressante que Gerdy, certainement, avait mise dans l'urne : *De l'influence de la pesanteur sur le développement et sur le traitement des maladies chirurgicales*, malgré une soutenance très remarquée, Alphonse Guérin fut écarté. Il ne devait plus se présenter au concours d'agrégation.

En 1850, Alphonse Guérin se trouvait au vrai tournant de notre carrière, celui où se pose le menaçant problème : Etre ou n'être pas. Je veux parler du concours du bureau central. A cette époque les candidats étaient nombreux et les places rares : on s'en disputait une tous les trois ans. Malgré la redoutable compétition de Depaul, Deville, Follin et Sappey, Guérin fut élu par cinq voix contre quatre, dont deux données à Depaul, et deux obtenues par Deville. Cazenave était du jury, et c'est grâce à son appui que Guérin put être nommé. Il lui en conserva une gratitude qu'il eut l'occasion de prouver dans de nombreuses et tristes circonstances. Désormais Alphonse Guérin était chirurgien des hôpitaux ; il avait conquis la position la plus enviable, celle qui nous met à même de montrer si vraiment nous avons l'étoffe d'un maître.

Pendant cette période, la France changeait de gouvernement : la révolution de 1848 avait renversé Louis-Philippe et proclamé la République. Alphonse Guérin était de ceux qui saluèrent son avènement comme l'aube d'une ère nouvelle. Ainsi qu'en 1870 la plupart d'entre nous, il croyait que la République n'est pas une simple forme de gouvernement, mais un ensemble de vertus souveraines qu'elle engendre et qu'elle développe : elle devait être, elle serait le désintéressement et la justice, ou mieux, comme le dit magnifiquement sa devise, la Liberté, l'Égalité, la Fraternité. Hélas ! à l'épreuve il allait bien voir qu'elle vaut seulement ce que valent les

hommes qui la dirigent, et qu'elle peut être, à ses heures, arbitraire, autoritaire, violente, oppressive et vénale. Mais cette désillusion cruelle ne lui fit point briser son idole : on nous dit que, par réaction, la jeunesse actuelle, effrayée ou désabusée, rêve d'un bâillon et d'un sabre. Alphonse Guérin, lui, fut fidèle à son idéal de liberté.

Il était républicain, il resta républicain. Son frère Frédéric qui, à la fin du règne de Louis-Philippe, dirigeait un journal avancé, avait été nommé commissaire du gouvernement à Vannes. Il partageait cette fonction avec le Dr Guépin de Nantes, lui aussi d'une droiture absolue, mais d'un caractère parfois difficile. Leur entente fut bientôt troublée ; Frédéric Guérin donna sa démission et voulut exposer sa conduite dans une réunion publique. Alphonse accourut de Paris pour lui prêter l'appui de sa parole ; devant les Vannetais rassemblés, il prononça un vibrant discours que, seuls, les applaudissements interrompirent, et, comme au temps des batailles de leur enfance, l'honneur des Guérin en sortit victorieux. Au coup d'État, lorsque la police de Louis Napoléon traquait les répréseutants du peuple, il recueillit chez lui et cacha Joigneaux, Marc Dufraisse, Ribeyrolle et peut-être Proudhon. A une époque plus cruelle encore, après la Commune, il devait protéger les blessés que la guerre civile accumulait à l'hôpital Saint-Louis : la police allait envahir ses salles, il en barra résolument la porte : — « Si vous approchez de leur lit, vous les tuez ! Au nom de l'humanité, je vous somme de vous retirer ! ». Et la police se retira.

L'empire vint, la politique se tut. En 1853, Alphonse Guérin quittait l'amphithéâtre de Clamart. En 1858, il fut nommé chirurgien de l'hôpital de Lourcine qu'il ne quitta qu'en 1862. Il y commença, sur les maladies des femmes, des études d'où devaient sortir deux remarquables volumes ; les problèmes les plus délicats de la syphiligraphie y étaient discutés. En 1863, il allait à Saint-Louis. En 1872, il entrait à l'Hôtel-Dieu, dont il occupa un des services jusqu'à l'heure de la retraite. C'est en 1868 qu'il lut à l'Académie de médecine son important mémoire sur les *fractures du maxillaire supérieur ;* il donnait, pour les reconnaître, un signe nouveau et d'une valeur indiscutable : la douleur que l'on produit en portant le doigt sur l'aileron interne de l'apophyse ptérygoïde.

Nommé en 1863 membre de notre Société, il y lisait un mémoire très remarqué et bien souvent cité, sur les *rétrécissements de l'urèthre*, dont il étudiait avec le plus grand soin l'anatomie pathologique. Une communication sur *la rupture de tous les tissus d'un membre luxé depuis trois mois* tendait à prouver que la compression du plexus brachial par la tête déplacée de l'humérus peut pro-

duire une dégénérescence musculaire assez profonde pour contre-indiquer les tentatives de réduction. Et de fait, dans un cas de luxation sus-coracoïdienne, le bras du patient, cédant à une force très inférieure à celle qu'on déploie d'habitude en pareille occurrence, resta entre les mains des quatre élèves qui opéraient l'extension. Un rapport sur *la luxation de l'avant-bras en avant*, un autre sur *les rétrécissements syphilitiques de la trachée* lui acquirent ici une réelle autorité. Il fut votre président en 1870.

Certains de ces mémoires sont signés Alphonse Guérin, de Vannes. Pourquoi pas de Ploërmel? Eclaircissons ce point pour les historiographes futurs. Il voulait que son nom ne fût pas submergé dans l'innombrable et banale tribu des Guérin : mais comment s'y prendre pour éviter des confusions regrettables? L'Académie de médecine avait déjà un Guérin avec lequel le nôtre ne sympathisait guère. Il essaya d'abord de Guérin de Ploërmel, mais n'était-ce point paraître s'anoblir? Ploërmel, alors inconnu, ne devait être popularisé en France que par l'opéra-comique de Meyerbeer. Or, Alphonse Guérin aurait pu s'exposer aux ironies que soulevaient parfois à cette époque les sonores vocables adoptés par Vidal de Cassis, Marchal de Calvi et surtout Jobert de Lamballe. Vannes, préfecture importante, ne prêtait pas à l'équivoque comme l'eût fait Ploërmel. Remarquons, en passant, qu'il jouait de malheur avec son nom de famille et son nom de baptême : le théâtre, avec *Monsieur Alphonse*, allait déshonorer celui-ci, et le roman, avec *le Cas de Monsieur Guérin*, ridiculiser celui-là.

Le mariage d'Alphonse Guérin fut un aimable roman : Mme Guérin la mère avait pour amie d'enfance Mme de Pommereul, dont la beauté est restée célèbre en Bretagne. Elle habitait le château du Frêne, peu distant de Ploërmel, et parfois, aux vacances, Mme Guérin y passait quelques jours avec ses deux enfants. Mme de Pommereul avait une fille charmante et Alphonse Guérin s'en éprit. Mais il savait trop la distance qui éloignait de la jeune châtelaine le fils encore inconnu d'un huissier, pour laisser même soupçonner cet amour. Il partit et la séparation parut d'autant plus définitive, que, peu de temps après, Mlle de Pommereul épousait un baron du voisinage. Le baron, beaucoup plus âgé que sa femme, vint à mourir, sa veuve tomba malade, et, pour la soigner, on eut recours à l'ami d'enfance dont la réputation de grand médecin s'était propagée au pays. L'ancien amour se réveilla et fut assez fort, chez elle, pour briser l'esprit de caste plus étroit en Bretagne qu'ailleurs, chez lui pour lui donner le courage d'affronter un monde qui peut-être ferait mine de dédaigner sa roture. Mais il n'était pas de ceux qu'on raille, et cette union fut parfaitement heureuse.

La publication du *Traité de chirurgie opératoire* avait consacré la renommée du jeune maître. Ce livre, dont les éditions se multipliaient, était, avec celui de Malgaigne, dans les mains de tous les élèves et y resta, à titre d'ouvrage classique, jusqu'au jour où parut le merveilleux traité de Farabeuf. Aussi, en 1868, l'Académie de médecine ouvrit-elle ses portes à Alphonse Guérin. Nommé par 51 voix sur 68 votants, le premier d'une liste où étaient inscrits Verneuil, Le Fort, Voillemier, Perrin et Giraldès, il fut très fier de ce succès, mais certains épisodes lui laissèrent au cœur de vifs ressentiments; il vit que la parole donnée peut être parfois retirée, et il en conçut, contre quelques-uns de ses collègues, une vigoureuse rancune. Le secrétaire perpétuel Dubois, d'Amiens, jouit à cet égard du privilège des adversaires les plus favorisés : son nom revient souvent dans les lettres d'Alphonse Guérin qui ne voulut jamais accepter comme péché véniel le manquement aux engagements pris. Elle n'est pas de lui cette phrase célèbre : « En matière d'élections académiques, les promesses n'engagent à rien. »

La clientèle était venue, nombreuse et choisie. Il fut même appelé par le pape. Pie IX, depuis de longues années, souffrait d'une affection rebelle des jambes, d'ulcères variqueux, peut-être, que ses médecins ordinaires n'avaient pu guérir. Le maître français fut plus heureux. Son malade lui en marqua une reconnaissance profonde; il le couvrit de titres et de croix : « Vous êtes le plus grand médecin du monde! » lui dit-il, et Guérin de répondre d'une voix spirituellement ironique : — « Je dois vous croire : Sa Sainteté n'est-elle pas infaillible? » Et un jour que Guérin l'avait ausculté : — « Je me garderai bien de dire à mes compatriotes que ma tête s'est appuyée sur votre poitrine : je connais mes Bretons, ils me couperaient les oreilles pour s'en faire une relique! »

Comme opérateur, Alphonse Guérin avait la main très sûre : à la précision de son couteau, on reconnaissait le prosecteur qui, pendant plus de neuf ans, avait professé à l'École pratique et à l'amphithéâtre de Clamart, mais il était agité et nerveux au cours des interventions graves et manifestait son émotion par une brusquerie quasi-professionnelle chez les chirurgiens d'avant l'anesthésie. Ne fallait-il pas, pour éviter au patient de trop longues souffrances, abattre un membre en quelques secondes? Malheur alors à l'aide négligent, malheur même à l'assistant adroit si le maître commettait quelque bévue! En une semblable occasion, Jobert de Lamballe apostropha durement son interne, Alphonse Guérin. Fier et peu endurant, nous le savons déjà, celui-ci jette son tablier aux pieds de son maître : « Voici ma démission, et maintenant je suis libre et je vous demande raison de l'injure que vous venez de me faire... » — « Sacré Breton, mauvaise tête, s'écria

Jobert, il ne sait donc pas que je l'aime ! Puisque le mot que je viens de prononcer vous blesse, effaçons-le et venez, ce soir, dîner avec moi. » — Trente ans plus tard, une scène analogue se passait à Saint-Louis, mais, cette fois, Guérin était le chef, et c'est à lui qu'on rendit le tablier. Le dénouement fut le même, d'ailleurs, et maître et élèves firent la paix. Aujourd'hui que le sommeil anesthésique livre les malades, inertes, à nos opérations les plus délicates, où notre merveilleux arsenal de l'hémostase supprime l'écoulement sanguin avant même qu'il se déclare, de pareilles vivacités seraient sans excuse, et le chirurgien « brutal » est un type à jamais disparu.

Sa valeur professionnelle, cette série d'écrits, pour remarquables qu'ils soient, ces succès dans la clientèle n'auraient cependant pas tiré Alphonse Guérin hors de pair, et nombre de ses collègues pouvaient en revendiquer tout autant. Mais ici commence son œuvre vraiment originale et qui sauvera son nom de l'oubli. Ses travaux sur l'infection purulente et sur son traitement n'ont pas été improvisés en un jour, et ses premières recherches datent de 1847. Dans sa thèse inaugurale, il combat déjà les opinions de Velpeau et de Dance qui font, de « la fièvre purulente, une phlébite dont la plaie opératoire ou accidentelle est le point de départ ». Pour lui, la fièvre purulente est un empoisonnement consécutif à la pénétration dans la plaie d'une substance « septique », un miasme que l'auteur comparait à celui qui provoque la peste, la fièvre jaune et la malaria.

C'était la vraie doctrine, celle qu'adopta plus tard M. Tarnier dans ses recherches sur la fièvre des maternités. Alphonse Guérin la professa toujours ; il y revint sans cesse : en 1868, il inspira la thèse de Dibos où, déjà, il s'autorise des travaux de Pasteur sur les fermentations, pour étayer son hypothèse d'un contage transmis par le milieu ambiant dans les salles de nos hôpitaux. En 1869, il prononce à l'Académie de médecine un discours où il essaie de tirer de cette doctrine étiologique une thérapeutique rationnelle ; et comme il assimile l'infection purulente à la fièvre paludéenne, il préconise le sulfate de quinine à haute dose. En 1871, deuxième discours où il confesse encore sa foi et accuse à nouveau le milieu ambiant de l'inoculation septique des plaies. Enfin, quelques mois plus tard, dans un troisième discours, il confirme l'excellence de sa théorie en annonçant la découverte qu'elle lui avait inspirée, l'emploi du pansement ouaté dans le traitement des plaies.

Et c'était la Révolution pour la chirurgie, l'aurore d'une ère triomphante, l'avènement de la méthode antiseptique en France. Il faut croire que l'heure en avait sonné à l'horloge du Temps, car

Lister, de son côté, menait déjà la bataille en Ecosse; déjà, comme Alphonse Guérin, Lister croyait que les septicémies nosocomiales ont pour origine les infiniment petits dont Pasteur dévoilait la puissance. Pasteur, après avoir montré leur rôle dans la fermentation, les suivait jusque dans les organismes vivants et prouvait le parasitisme dans la maladie des vers à soie; chez l'homme lui-même, la bactéridie charbonneuse était déclarée la cause de la pustule maligne. Donc on connaissait maintenant l'ennemi, non pas qu'on l'eût vu directement dans les maladies qui compliquaient les plaies, mais on le dépistait à ses allures; on chercha des armes contre lui, et, pour le combattre, nous eûmes à la fois la méthode antiseptique de Lister, que Championnière nous apportait d'outre-Manche, et le pansement ouaté de Guérin.

Je me rappelle cette époque, et notre stupeur indicible lorsque le bruit courut dans les hôpitaux que, dans son service de Saint-Louis, Alphonse Guérin avait obtenu 19 guérisons sur 34 opérés pansés à la ouate. Quoi! plus de la moitié auraient échappé à la mort! Mais c'était impossible! L'infection purulente était devenue pour nous une maladie fatale, nécessaire, attachée comme par un décret divin à tout acte chirurgical important. Pendant la guerre, après la Commune, elle frappait avec une telle rudesse, que nos maîtres épouvantés arrivaient à douter de leur art. Trélat fuyait l'hôpital Saint-Louis après y avoir perdu tous ses blessés; Gosselin, Verneuil et Nélaton fermaient leurs salles; Broca déposait son bistouri. Et c'était à cette heure, si meurtrière que jamais on n'en avait vu de plus sombre, c'était à ce moment qu'Alphonse Guérin prétendait guérir des amputés de cuisse?

Et il les guérissait vraiment. Et sous ce pansement merveilleux, nous pouvions voir cette chose mémorable : des réunions primitives, des cicatrisations de plaies sans inflammation et sans pus! Et pourtant, aujourd'hui, en évoquant cette époque avec nos connaissances actuelles et à la clarté de notre asepsie à peu près impeccable, nous nous étonnons parfois des succès obtenus alors par Alphonse Guérin : la théorie du pansement ouaté, telle que nous la trouvons exposée dans les remarquables travaux de son interne Hervey, repose, en effet, sur une idée en partie contestable. Pour Alphonse Guérin, les germes qui infectent les plaies proviennent de l'atmosphère; la ouate filtrerait l'air qui, purifié de ses microorganismes, deviendrait alors sans action nocive sur les tissus ouverts. Mais nous savons, à cette heure, que l'air est à peu près innocent des méfaits, dont, avec Pasteur, le chargeaient Lister et Guérin, tandis que les instruments du chirurgien, ses mains, les pièces du pansement, la peau du blessé, dont on ne se défiait pas, sont les agents ordinaires des inoculations septiques.

Or, leur nécessaire stérilisation n'est même pas mentionnée à l'origine de la méthode de Guérin.

Comment donc ce pansement, malgré ses lacunes, fut-il d'une telle efficacité? Pour plusieurs raisons de valeur inégale. En premier lieu, la ouate, d'un prix assez élevé, ne traînait pas sur les tables des amphithéâtres comme l'odieuse charpie toujours exposée dans une corbeille banale. Puis ce pansement est un pansement sec où les germes se développent moins facilement que dans les milieux humides; c'est aussi un pansement rare, et, comme tel, beaucoup moins exposé aux inoculations secondaires si, par bonheur la plaie, au moment de l'opération, avait échappé à l'infection primitive. Enfin, et surtout, c'est un pansement compressif; les lames ouatées, entourant le membre, sont étroitement tassées par d'énergiques tours de bande qui appliquent de force les tissus les uns contre les autres, comblent les anfractuosités et les dépressions, effacent les lacunes, les « espaces morts » où s'accumulent le sang et la sérosité, si favorables à la pullulation des microbes. Les germes déposés dans les tissus par les mains et les instruments sont dévorés par les phagocytes et, quand au bout de trois semaines, on enlève le pansement, la cicatrisation est obtenue. Telles me paraissent les causes des merveilleux résultats de la méthode d'Alphonse Guérin.

C'est à l'apogée de sa gloire, lorsque la valeur de son pansement était proclamée partout, que nous avons eu l'honneur de connaître Alphonse Guérin. Il fut, en 1878, le juge délégué par l'Académie de médecine à notre premier concours d'agrégation. C'était un homme vigoureux, un peu trapu peut-être, mais souple, malgré ses 65 ans. La chasse et les armes avaient conservé à ses muscles l'agilité et l'endurance. Sa figure rose, grasse et sans barbe aurait semblé un peu enfantine, si elle n'eût été vivement relevée par un nez spirituel, aux ailes frémissantes, un menton volontaire, une bouche aux lèvres minces, toujours entr'ouvertes par un sourire ironique, des yeux d'un bleu profond, vagues et froids au premier abord, mais qui s'allumaient soudain et pétillaient de malice et de bonté. Ajoutons qu'il était chauve depuis sa jeunesse, et chauve à un rare degré. Il savait en rire au besoin. Un jour qu'il rencontrait son ami Gérôme, le grand artiste dont la France s'honore, il s'avance, se campe devant lui en indiquant d'un geste bref les cheveux du peintre qui, drus et rebelles, ont de la peine à ne pas envahir le front... « Eh quoi ? Monsieur, serait-une critique? »

Son accueil était ouvert et charmant. Dans la conversation, sa parole rapide et enjouée semblait plus facile qu'à l'Académie, où sa phrase sortait toujours correcte, mais souvent un peu pénible;

sa plume, au contraire, était alerte, élégante, ainsi qu'en témoigne sa notice sur Desault et ses éloges de Vidal de Cassis et d'Ulysse Trélat. Chatouilleux à l'excès sur le point d'honneur, il se battit maintes fois en duel. A moins de 20 ans, un jour, sur la place de Vannes, il lui sembla qu'un inconnu le toisait d'une façon inconvenante; il le souffleta comme entrée de jeu et lui remit sa carte; mais, étranger à la ville, cet adversaire ne connaissait personne, et ce fut Alphonse Guérin qui se chargea de lui procurer un témoin. Une fois sur le terrain, le souffleté fit des excuses au souffleteur, on se réconcilie, et c'est encore Alphonse Guérin qui paie une placė dans la diligence à son nouveau protégé désireux de quitter Vannes. En 1878, pendant ses orageuses discussions avec Léon Le Fort sur l'infection purulente, on crut, à plusieurs reprises, que le colloque allait se terminer sur le pré.

Son cœur resta jeune et chaud. Son amour pour les bêtes était proverbial; dans ses lettres il donne ou demande souvent, avec une touchante sollicitude, des nouvelles de ses chiens. Au retour de la chasse, après des journées trop fatigantes, il lui arriva de les charger sur ses épaules. Matta et Santé, que peignit Detaille, étaient presque de la famille, et un jour que Santé fut roulée par un chien aux allures douteuses, Alphonse Guérin ne craignit pas de l'amener à son ami Pasteur. La réponse du savant fut cruelle : «Le meilleur moyen de se garantir d'un chien mordu par une bête enragée, c'est encore de l'abattre ».

Le charmant écrivain, le romancier exquis, Gyp, qu'Alphonse Guérin a vu naître et qu'il chérissait d'une affection paternelle, nous en a tracé, dans une lettre inédite, un portrait qu'il y aurait forfaiture à ne pas reproduire ici : « C'est de tous mes amis, écritelle, celui que j'ai le plus aimé; il était, dans son enveloppe bourrue, le plus doux, le plus exquis des êtres et aussi le plus varié. Croyant comme un Breton et sceptique comme un Parisien, il n'aimait réellement que les enfants et les animaux; mais profondément humain et pitoyable, il savait être pour les hommes d'une bonté et d'une indulgence infinies. Jamais la pensée ne lui vint de se venger du mal qu'on lui faisait : il le pardonnait sans effort. Politiquement, il n'a jamais varié : républicain sous l'Empire, il l'est resté sous la République, ce qui montre une conviction tenace. Depuis ces dernières années sa nuance, jadis très modérée, se colorait un peu. Un jour il m'a dit en riant : — Vous finirez par me rendre anarchiste. Je lui ai répondu: —Vous le seriez déjà si vous n'aviez pas peur de faire de la peine à votre ami Jules Simon ». Et c'était presque vrai, ajoute la spirituelle comtesse de Martel de Mirabeau-Riquetti à qui je laisse la responsabilité de ce hasardeux paradoxe.

Il aimait passionnément sa Bretagne et passait, chaque année,

ses vacances dans son château du Frêne; il nous a raconté que, là, il parlait souvent d'un voyage à Paris à un brave fermier, un ancien compagnon de jeux : « Toi, je t'emmène avec moi; je veux te montrer la capitale ! » Ils partent, Alphonse Guérin loge son vieil ami chez lui, et, dès le lendemain, le conduit à la place de la Concorde; il voulait, du premier coup, éblouir son camarade par cette vue unique au monde : devant soi, les fontaines jaillissantes, les quais de la Seine et les palais qui la bordent, les ruines de la Cour des Comptes et le dôme étincelant des Invalides; à gauche, la masse imposante du Louvre, à peine voilée par les arbres des Tuileries; à droite, la superbe avenue des Champs-Élysées que couronne, au loin, l'Arc de Triomphe de l'Étoile comme une apothéose dans la lumière ardente du couchant. Alphonse Guérin épiait la physionomie du fermier : celui-ci se retourne de tous côtés, regarde, regarde encore et dit enfin, sans essayer de dissimuler l'étendue de sa déception : « Ah, c'est çà, Paris? Eh ben, alors, si je nous coulions dans un café! »

Malgré les efforts de ses compatriotes pour l'y pousser, Alphonse Guérin ne voulut jamais entrer dans la politique militante. Pendant sa courte apparition au Conseil général du Morbihan, où il représentait le canton de Mauron, ses amis le crurent dans l'engrenage et lui proposèrent une candidature au Sénat ou à la Chambre des députés. Alphonse Guérin ne céda point à leurs instances. Il lui semblait difficile de rester inflexiblement droit dans ce milieu parlementaire où les devoirs envers son parti voilent souvent le devoir envers sa conscience. Ces compromis où la délicatesse s'émousse dans une casuistique trop savante répugnaient à son caractère entier; il ne voulait pas, même en spectateur, assister à ces luttes mesquines, à cette guerre de groupe à groupe, où l'on ne craint pas de recourir au dénigrement systématique, voire à la calomnie. Mais il cueillit tous les honneurs que notre profession peut donner : il fut président de la Société de chirurgie, président de l'Académie de médecine, président désigné par le Congrès des chirurgiens français; il fut successivement promu aux grades de chevalier, d'officier et de commandeur de la Légion d'honneur; ses collègues le nommèrent, à plusieurs reprises, leur représentant au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Alphonse Guérin avait acquis une fortune importante, et, comme il était sans enfant, il en usa pour secourir bien des détresses. Vers la fin de sa vie, elle lui fut enlevée presque toute entière dans deux entreprises, dirigées l'une et l'autre par des hommes auxquels il était profondément attaché. Malgré la rudesse du coup, il ne laissa jamais entamer sa confiance en l'honnêteté de ses amis, qu'il défendit en toute occasion contre les clameurs de la foule. Ré-

duire ses dépenses personnelles lui fut chose facile, car le luxe au milieu duquel il vivait, il le subit plutôt qu'il ne le désira. Mais il lui fallut parfois fermer sa main, jadis toujours ouverte, et, parmi ces nécessités douloureuses, une des plus cruelles fut de supprimer l'allocation que, depuis de longues années, il attribuait au maintien d'une chaire occupée par un ami dans une école de médecine de province.

Au demeurant, il supporta ce choc avec une admirable sérénité et sans paraître y rien perdre de sa vigueur intellectuelle et physique. Il resta vaillant, alerte et gai et lorsque, à cet âge de 78 ans, le sort le désigna comme juge de l'internat, ce concours si lassant qui, cette année-là, dura près de six mois avec ses trois séances par semaine de trois heures chacune, il accepta. — Un jour de février, en plein hiver, après une course à Vanves où il était allé voir un ami malade, il se rendit à l'Assistance publique; pour rentrer chez lui, il monta, peut-être par économie, sur l'impériale d'un omnibus. Il y prit une fluxion de poitrine sérieuse dont ses amis espéraient pourtant le voir triompher. Mais, un jour que les souffrances étaient trop vives, il voulut se pratiquer lui-même une piqûre de morphine : la dose était trop forte... il fut terrassé. Il quittait la vie sans regret, car moins d'un mois avant il écrivait à un ami de Vannes : « Ordinairement on redoute la mort, moi je pense avec un singulier sentiment de bonheur que mon corps sera bientôt porté sous la lande du Cerisier où je dormirai du bon, de l'éternel sommeil en terre de Bretagne ! »

Tel fut Alphonse Guérin, telle fut sa vie simple, droite, généreuse et fière, et que marqua une découverte de génie. On se méfie avec raison du jugement des panégyristes. Ils ne se gênent guère pour promettre, à ceux dont ils sont chargés de raconter l'histoire, une immortalité qui ne leur coûte pas. Mais, aux poètes seuls, la postérité a donné le droit de parler en son nom, et nos arrêts risquent souvent d'être cassés. Ici, nous tentons hardiment l'aventure, et j'ose le dire : Lorsque, à travers les temps, les historiens futurs écriront cette révolution prodigieuse qui fit, de la chirurgie meurtrière de jadis, la merveilleuse science d'aujourd'hui, ils auront à réunir, dans leur admiration et dans leur reconnaissance ces trois noms pour nous à jamais inséparables : Pasteur, Lister et Alphonse Guérin.

Prix décernés en 1895.

Prix Duval. Décerné à M. Donnadieu, de Bordeaux.

Prix Laborie. Un encouragement de 400 francs a été donné à M. Vires, de Montpellier.

Prix Gerdy. Un encouragement de 1,000 francs a été accordé à M. Mauclaire, de Paris.

Prix Demarquay. Accordé à M. Sieur, de Lyon.

Prix Ricord. Accordé à MM. Péraire et Huguet.

Prix à décerner en 1896.

Prix Duval (300 fr.). — *A l'auteur* (ancien interne titulaire des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) *de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1896.* — Le prix ne peut être partagé.

Prix Laborie (1,200 fr.). — *A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.*

Prix à décerner en 1897.

Prix Duval (300 fr.). — *A l'auteur* (ancien interne titulaire des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) *de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1897.* — Le prix ne peut être partagé.

Prix Laborie (1,200 fr.). — *A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.*

Prix Gerdy (2,000 fr.). — Question : *De l'intervention chirurgicale dans les sténoses du pylore.*

Prix Demarquay (700 fr.). — Question : *Des opérations pratiquées par la voie sacrée; indications; résultats; manuel opératoire.*

Prix Ricord (300 fr.). — *A l'auteur d'un mémoire de chirurgie publié dans le courant des années 1896-1897, ou d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.*

Les travaux des concurrents doivent être adressés au secrétaire général de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre 1896.

Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés. Pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay, ils seront anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Pour les autres conditions de ces concours, voir page XIV.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

NOUVELLE SÉRIE

Séance du 8 janvier 1896.

Présidence de M. Th. Anger.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de Mme Marjolin qui offre à la Société le buste de son mari, par Cavelier.

M. Monod offre à la Société de chirurgie les œuvres de Léon Lefort, publiées par M. Lejars.

A propos du procès-verbal.

Traitement de la septicémie péritonéale postopératoire par les injections intraveineuses de sérum artificiel et les autres moyens dont nous pouvons disposer.

M. P. Michaux. — A part un petit nombre de malades qui succombent très rapidement dans les quelques heures qui suivent immédiatement le traumatisme chirurgical et pour lesquels on peut

encore admettre la notion du *shock opératoire*, on peut dire que presque tous les cas de mort, dans les grandes opérations abdominales, sont dus à la *septicémie péritonéale*.

Cette notion, si conforme à ce que nous savons sur toutes les infections, si fertile en déductions thérapeutiques, tend de plus en plus à s'établir en France et en Allemagne, grâce aux travaux expérimentaux et théoriques de Wegner (1876), de Grawitz et de Pawlowsky, de Frankel, de Tavel et de Lanz, de Bumm, de Solowjeff et, dans notre pays, d'Achalme, de Courtois-Suffit (1890) et de Jayle (1895).

De fait, dans la pratique comme dans le domaine expérimental, les accidents débutent dès la fin du second jour pour emporter les malades dans un temps variant de quelques heures, à trois ou quatre jours au plus.

Le plus souvent, l'évolution est si rapide qu'il est presque trop tard pour intervenir quand on reconnaît les accidents. Il m'a pourtant semblé qu'en surveillant les opérés de très près et en agissant très énergiquement, on pouvait, je ne dis pas conjurer tous les accidents, mais du moins les enrayer de temps à autre et arracher à la mort quelques malades qu'on aurait pu croire absolument perdus.

Cette pensée me poursuit depuis longtemps, et les bons effets que j'avais observés dans l'emploi des injections intraveineuses de sérum artificiel dans les cas d'hémorrhagie m'ont conduit à recourir à la même pratique dans un certain nombre de cas de septicémie péritonéale postopératoire.

En parcourant mes observations, j'ai relevé des notes précises sur 15 cas de septicémie postopératoire grave traités par les injections intraveineuses de sérum artificiel; je n'exagère pas en fixant à 25 au minimum le nombre total des cas dans lesquels les internes de service ou moi avons eu recours à ce moyen.

Parmi tous ces faits, quelques-uns, les derniers en date, sont plus intéressants que les autres par l'intensité de la lutte, la multiplicité des moyens employés, enfin et surtout par les résultats obtenus; je commencerai par en rapporter les observations en détail, je résumerai ensuite brièvement les principales particularités relatives aux autres faits.

Obs. 1. — La première observation par ordre d'intérêt, est sans contredit celle d'une malade d'une cinquantaine d'années à qui j'ai fait le 23 novembre 1895 une hystérectomie vaginale par morcellement pour un énorme fibrome remontant jusqu'à l'ombilic. L'opération avait été très laborieuse et avait duré, quoique sans incident, environ une heure et demie.

Le soir de l'opération 36°,4 comme avant l'opération ; le lendemain, la température est à 37°, je prescris un lavement purgatif qui produit quelque effet; le soir 37°,4. Urines des vingt-quatre heures: 700 gr.

25 novembre. T. matin, 36°,8 ; soir 36°,4. Les pinces sont enlevées au bout de cinquante heures; le ventre est ballonné. Purgation saline. Urines rares, 500 grammes. Trois vessies de glace sont appliquées sur le ventre.

26 novembre. État très grave, je retire les mèches de gaze iodoformée pour éviter la rétention de liquide septique. Le ventre est ballonné ; le facies très mauvais, le nez effilé, les narines pulvérulentes, les yeux excavés, cerclés de noir ; le pouls est petit et fréquent, 130 environ, la température depuis le matin est à 35°,9. La langue est remarquable par son aspect presque normal. Boissons chaudes et alcoolisées à haute dose. L'état paraît absolument désespéré ; la malade a d'ailleurs sa connaissance entière. Je m'installe près de la malade et je ne la quitte pour ainsi dire pas jusqu'au soir.

A 11 heures. Injection de 1000 grammes de sérum artificiel (eau salée à 7 pour 1000) dans la veine céphalique gauche.

La malade sent le liquide parcourir les vaisseaux de la tête et du cou ; un peu de réaction. Bientôt sentiment d'oppression marquée ; point de côté avec retentissement rachidien ; je suspens momentanément l'écoulement du sérum en pressant le tube en caoutchouc ; l'injection est reprise lentement et terminée en dix à quinze minutes. Pansement.

Midi. L'oppression persiste. Ventouses sèches sur la poitrine. Injection de morphine. La température est à 36°,4. Le pouls est plus fort, aussi fréquent. A midi 15 m., frissons, tremblement de tout le corps, enveloppement de serviettes chaudes.

1 h. 30 m. T. 38°,4.

2 h. 30 m. T. 39°, pouls à 130, fort. État très inquiétant. Injections d'éther et de caféine. Applications larges de glace sur le ventre.

3 h. 30 m. T. 38°,4, pouls à 125, un peu de mieux. Lavement purgatif.

4 h. 30 m. T. 38°,4, pouls entre 116 et 120. Lavements. Urines des vingt-quatre heures : 700 grammes.

6, 8 heures. T. 37°,4.

9 heures. Deux injections sous-cutanées de sérum de Chevrier (formules de Chéron) dans le tissu cellulaire des cuisses.

10 heures. T. 37°,2.

2 heures, matin. Deux injections sous-cutanées de sérum de Chéron, 40 grammes chacune. La température se maintient toute la nuit à 36°,9.

A 6 heures. Une garde-robe assez abondante. Le ventre est un peu moins ballonné.

27 novembre. Champagne additionné de citrate de magnésie pendant toute la matinée d'heure en heure. Deux garde-robes.

Midi. Injection sous-cutanée de 50 grammes de sérum.

De midi à 6 heures, la température est à 37°, l'état général est certainement meilleur. Lait et champagne. Toujours la glace sur le ventre. Urines : 1600 grammes.

8 heures. T. 37°,6. Lavement purgatif; une garde-robe.

10 heures. T. 37°,8. Tremblement, agitation; six cuillerées à café de sirop de morphine d'heure en heure pendant la nuit.

2 heures, matin. T. 37°,6; grand frisson et tremblement.

28 novembre. — 4 heures du matin. T. 37°,2. Lavement purgatif; garde-robe moulée; toujours la glace sur le ventre qui est certainement moins ballonné.

La température prise toujours toutes les deux heures reste aux environs de 37°. Le pouls est bon entre 100 et 112. Lait et champagne.

A 10 heures une garde-robe abondante.

4 heures. T. 37°. Urines: 2,000 grammes. La détente générale s'accentue. La nuit est meilleure. La température s'élève à 38°,8.

29 novembre. — T. matin, 38°,2. Continuation de la surveillance et des soins.

Les jours suivants, l'amélioration s'accentue de plus en plus; malgré une forte ecchymose, nous continuons les applications de glace sur le ventre pendant près de huit jours. Thé au rhum. Lait. Glace à la vanille, quelques cuillerées. Un peu de sommeil.

30 novembre. — Matin, un grand verre à bordeaux d'eau de Rubinat. Lavements. Garde-robe abondante. Bouillon. Jus de viande.

Peu à peu tout rentre dans l'ordre; après dix ou douze jours de soins assidus, le malade commence à s'alimenter un peu. Au bout de six jours on cesse les applications locales.

Deux abcès surviennent au niveau des injections locales de sérum de Chénier. Incision. Pansement iodoformé et humide.

Au quinzième jour, phlébite du membre inférieur gauche. La température s'élève, il y a du gonflement, une hydarthrose légère. Élévation des membres inférieurs sur un plan incliné. Escharre légère de la région fessière.

Grâce à tous les soins, aux pansements minutieux, toutes ces complications ont une marche favorable et six semaines après l'opération, la malade peut être considérée comme presque complètement guérie. De légères escharres purement cutanées se manifestent au niveau de la région hypogastrique et sur les parties latérales au point d'application des vessies de glace.

Obs. II. — Femme de 21 ans, couturière. Pyosalpinx volumineux. Hystérectomie vaginale le 1er décembre 1893.

Le 2 décembre, nuit très agitée, vomissement, pouls rapide, ballonnement du ventre, langue sèche, température presque normale. Injections de caféine.

Applications locales de glace sur le ventre. Injection intraveineuse de 800 grammes de sérum artificiel. Purgation.

Le 3 décembre elle va mieux. Ablation des pinces.

Au douzième jour, hémorrhagie secondaire facilement arrêtée. Guérison.

Obs. III. — Femme de 33 ans. Grossesse intra-utérine tubaire droite. Hématosalpinx gauche. État très grave avant l'opération.

Le 31 août 1894, hystérectomie vaginale.

Au bout de deux jours, grande faiblesse, quelques vomissements, facies grippé, mauvais, ventre ballonné, pouls rapide. Purgation, application de vessies de glace, injections d'éther et surtout de caféine, injection intraveineuse de 1000 grammes de sérum artificiel.

La malade se remet, elle sort de l'hôpital le 27 septembre complètement guérie.

Obs. IV. — Femme de 34 ans. Double pyosalpinx très infect. Hystérectomie vaginale le 14 septembre 1895.

Au bout de deux jours, vomissements abondants, absolument porracés, ballonnement du ventre. Malade absolument perdue. Réouverture du ventre. Drainage abdomino-vaginal. Grands lavages à l'eau salée et au sublimé pendant six à huit jours. Deux injections intraveineuses de 1200 et de 1500 grammes dans les veines du bras. Guérison inespérée après six à sept jours de lutte acharnée. (Je reviendrai plus loin sur cette belle observation.)

Obs. V. — Une jeune femme de 25 à 30 ans, opérée dans le service de M. Schwartz, à l'hôpital Cochin. Hystérectomie vaginale pour pyosalpinx. Situation presque désespérée. Injection de 1200 grammes de sérum. Drainage abdomino-vaginal. Guérison.

Obs. VI. — Femme de 50 ans. Lithiase biliaire ancienne. Cirrhose. Laparotomie exploratrice.

Au deuxième jour, vomissements, langue sèche, oppression, agitation, pouls petit, fréquent, température basse. Injection intraveineuse de 1000 grammes de sérum artificiel.

Amélioration momentanée. Mort le lendemain soir à cinq heures et demie.

Obs. VII. — Jeune fille de 22 ans. Pyosalpinx avec pelvipéritonite suppurée. État fébrile avant l'opération. Hystérectomie vaginale à l'hôpital Beaujon, le 15 décembre 1893.

Le 16 décembre va bien; le soir, vomissements porracés; pouls 116, ventre encore souple. T. 38°, pouls rapide. Glace sur le ventre. Purgation.

Le 17. L'état est toujours très grave. Injection intraveineuse de sérum artificiel.

Le 18. Légère amélioration, mais le pouls reste rapide.

L'amélioration ne persiste pas, le malade succombe le 20 décembre à 9 heures et demie.

Obs. VIII. — C... Eugénie. Affreuse pelvipéritonite. Une des plus difficiles et laborieuses hystérectomies vaginales que j'aie faites.

Accidents presque immédiats. Injection intraveineuse de 1000 gr. de sérum. Mort dans la nuit.

Obs. IX. — Jeune femme de 25 ans. Fistule purulente persistante du petit bassin. Ouverture et grattage très minutieux. Le soir, même état très grave, facies grippé, etc.

Le 20 mai, injection de 1 litre et demi de sérum artificiel. Mort à 3 heures. Décomposition très rapide vérifiant le diagnostic.

Obs. X. — Mme B..., concierge, 30 ans. Pyosalpinx volumineux bien collecté. Incision facile d'une grosse poche gauche par le cul-de-sac postérieur, le 10 novembre 1893.

Le 11 novembre, la température s'élève, le ventre se ballonne. T. matin, 37°,8; soir, 38°,6.

Le 12. T. 38°. Injections de caféine. Purgation.

Le 13. Pouls petit, fréquent, état grave non désespéré.

Le 14. Facies grippé, ventre ballonné, agitation extrême. T. 38°, pouls à peine sensible, langue parfaite. Applications de glace sur le ventre. Injections intraveineuses de 1000 grammes de sérum artificiel. Effet à peine sensible. Mort le soir même.

Obs. XI. — Mme R..., 39 ans. Fibrome utérin volumineux, envahissant les deux ligaments larges. Tentative d'ablation totale après symphyséotomie préalable. Le fibrome ne peut être mobilisé. Morcellement immédiat. Opération pénible; durée, une heure et demie. État très grave. Injection immédiate de 1250 grammes de sérum artificiel dans la veine basilique.

La malade, bien que dans un état grave, se soutient pendant cinq jours. Purgation, piqûres de caféine, lavements. Application de glace sur le ventre.

Au cinquième jour. T. 38°,2 ; pouls extrêmement fréquent et petit, 150. Deuxième injection intraveineuse de 7 à 800 grammes de sérum artificiel. Lavement purgatif, caféine. Relèvement momentané du pouls pendant quelques heures, puis aggravation. Mort le sixième jour, à 7 heures du matin.

Obs. XII. — M. X..., 57 ans. Infiltration d'urine. Gangrène septique des bourses au moment où je suis appelé. Incisions larges et multiples au thermocautère. Pansement soigné.

L'infection est déjà trop avancée; l'état général ne s'améliore pas. Au troisième jour l'état devient tout à fait inquiétant. Injection de 1500 gr. de sérum dans la veine, effets à peine sensibles. Mort le soir même.

Obs. XIII. — M. Y..., 35 ans. Appendicite perforante suraiguë, péritonite septique généralisée, opérée de très bonne heure dans les douze premières heures. Incision. Évacuation de liquide septique. Drainage et gaz iodoformée.

Malgré la glace, les purgatifs, les lavements électriques, le ventre se ballonne de plus en plus.

An huitième jour, je rouvre le ventre, occlusion par bride et coudure au contact du drain et des mèches. Mais le malade est épuisé. Je lui injecte vainement dans la nuit, en deux reprises différentes, 2,000 grammes de sérum artificiel dans les veines du bras. Le pouls filiforme se relève à peine quelques minutes. La réouverture du ventre avait été faite à minuit, le malade succombe à 6 heures du matin.

En résumé, sur un total de treize observations précises concernant toutes des malades dans un état des plus graves, nettement attribuable à la septicémie péritonéale, je trouve cinq malades que l'on peut considérer comme arrachées à la mort par les injections intraveineuses de sérum artificiel et par l'emploi simultané et énergique de quelques autres moyens, tels que purgatifs, applications locales de glace sur le ventre, drainage sérieux et déclive du foyer septique.

Je reviendrai plus loin sur ces précieux adjuvants.

Pour les injections intraveineuses de sérum artificiel, j'emploie le plus souvent la formule du professeur Hayem : chlorure de sodium, 5 grammes; sulfate de soude, 10 grammes; eau distillée, 1,000 grammes. Le liquide est filtré sur un tampon d'ouate et recueilli dans un ballon de verre bien nettoyé et aseptisé; on le soumet à l'ébullition pendant dix à quinze minutes et on laisse refroidir jusqu'à la température voulue. L'emploi de l'autoclave serait préférable, mais cet appareil n'existe pas à la pharmacie de l'hôpital Beaujon.

Si on veut conserver le liquide, il n'y a, pendant l'ébullition, qu'à chauffer le col du ballon et à l'étirer à la lampe. On le réchauffe ensuite au bain-marie au moment de s'en servir.

Cette question de la température du liquide injecté est une des plus difficiles à réaliser dans la pratique. Quand on a recours aux injections intra-veineuses de sérum, on est généralement pressé; si le liquide n'est pas préparé, il faut le temps matériel pour le faire, puis pour le laisser refroidir jusqu'à 40° environ, température voisine de celle que doit avoir l'injection; si le liquide est préparé, il faut néanmoins le chauffer jusqu'au degré voulu, ce qui n'est pas facile à obtenir du premier coup. De plus, pour prendre la température, il faut un thermomètre bien aseptique, ce qui n'est guère la règle; je ne crois pas, du reste, que ces détails aient une importance extrême; en pratique, il suffit d'un nettoyage de l'instrument avec une solution antiseptique, et je n'ai jamais observé d'accidents imputables à ces petites fautes inévitables.

Le fait si curieux et si intéressant rapporté par notre collègue, M. Th. Anger, au cours de la dernière séance, est bien fait pour nous encourager dans les cas absolument désespérés, puisque son assistant, M. Lejars, a injecté en plusieurs fois, pendant cinq jours, la quantité énorme de vingt-six litres et qu'il a réussi ainsi à sauver un jeune malade atteint de rupture intestinale par contusion de l'abdomen et véritablement mourant. L'avenir nous dira ce qu'il faut penser de ces injections *à doses massives ;* pour ma part, je n'hésiterais pas à y recourir dans les cas désespérés.

La technique opératoire est des plus simples : je me sers ordi-

nairement d'un entonnoir de verre muni d'un long tube de caoutchouc bouilli auquel je fixe la canule n° 2 de l'aspirateur Potain ou Dieulafoy, préalablement flambé avec soin.

Je ne crois pas non plus qu'il y ait lieu de s'en tenir rigoureusement à la formule du professeur Hayem ; il m'est arrivé plusieurs fois d'employer simplement des solutions salées à 7 ou 8 p. 1000, et même dans quelques cas urgents, j'ai injecté de l'eau distillée bouillie, additionnée d'une cuillerée de sel marin sans m'inquiéter exactement du poids qu'elle pouvait représenter. Les effets ne m'ont pas semblé différents dans un cas et dans l'autre ; il y aurait lieu toutefois de poursuivre sur ces points de détails une étude de physiologie expérimentale qui permettrait de préciser les doses et de vérifier les données couramment admises jusqu'ici.

La température du sérum injecté dans les cas soumis à mon observation a été constamment de 38 à 40°. D'une manière générale, je me suis d'autant plus rapproché de cette dernière température, que les cas étaient plus graves et l'hypothermie plus marquée, et dans le but de provoquer une réaction plus intense et des effets immédiats plus rapides.

Les mêmes exigences ont servi de règle pour la quantité de sérum artificiel. Cette quantité a été presque toujours de 1,000 à 1,200 grammes en une seule fois; j'ai cependant injecté 1,500 grammes et même deux litres, en cas d'hémorrhagie grave. Pour les septicémies, que j'ai surtout en vue dans cette étude, il m'a paru préférable de faire deux injections, à six ou huit heures d'intervalle, soit dans la même veine, soit aux deux bras. J'ai injecté ainsi jusqu'à 2,500 et 3,000 grammes en deux fois. La pensée m'est venue à plusieurs reprises de faire, par le moyen d'injections successives, un véritable lavage du sang, mais je n'ai jamais osé dépasser les limites que je viens de signaler dans la crainte de modifier trop profondément la composition du sang et d'amener ainsi de graves complications.

On verse le liquide du ballon dans l'entonnoir à mesure qu'il se vide. Nous recommandons l'emploi de l'entonnoir de verre épais de préférence au bock de verre qui se brise plus facilement et qu'il est plus aisé de se procurer. Un aide maintient l'entonnoir de la main droite et pince le tube de caoutchouc pour arrêter ou régler l'écoulement à volonté.

Le chirurgien choisit une des veines du pli du coude, la céphalique ou la basilique, suivant son volume ; une compression momentanée du bras rend la veine plus saillante ; la peau est nettoyée avec soin et incisée obliquement, de manière à croiser sûrement la veine. Avec la sonde cannelée, le vaisseau est mis à nu, une pince hémostatique ou une ligature est jetée à la partie inférieure;

avec l'extrémité des ciseaux, on fait sur la paroi antérieure de la veine une ouverture en V, par laquelle on engage la canule soigneusement purgée d'air.

Pour aller plus vite et éviter toute perte de sang le long de la canule, je saisis ordinairement avec le mors d'une pince hémostatique la canule et la veine dans laquelle elle est bien engagée et on laisse écouler le liquide. Le doigt placé sur le trajet de la veine choisie, sent le frémissement du liquide dont on règle l'écoulement d'après la manière dont il est supporté. Si le péril est menaçant, si l'injection est bien supportée, il n'y a qu'à s'en rapporter au débit de la canule; s'il y a un peu de gêne, de dyspnée, ou quelque trouble, on suspend momentanément l'écoulement en pinçant le tube de caoutchouc. L'opération terminée, on retire la canule, on laisse la pince en place ou on la remplace par une ligature et on applique un petit pansement iodoformé.

On pourrait encore utiliser l'appareil de Potain ou de Dieulafoy en se servant de la pompe aspirante ou refoulante; les usages multiples de ces appareils, la difficulté de les rendre absolument aseptiques, me font préférer de beaucoup le procédé très simple que je viens d'indiquer. Quant à la pression du liquide, on l'obtient d'une manière très suffisante en maintenant l'entonnoir à la hauteur du bras levé.

Les *effets* de l'injection sont presque toujours immédiats : Le pouls augmente d'amplitude et diminue de fréquence, les pulsations sont mieux frappées. Les mouvements respiratoires prennent aussi plus d'ampleur ; les effets sur la température sont variables ; dans les cas de température basse, on la voit s'élever plus ou moins brusquement jusque 38°, 39° pour redescendre ensuite au voisinage de 37°. Le tracé d'heure en heure recueilli chez l'opérée dont j'ai cité plus haut l'observation détaillée est à cet égard tout à fait instructif. Inversement, chez un vieillard de l'hospice d'Ivry, atteint d'infection urinaire et de pneumonie, j'ai vu à quatre ou cinq reprises différentes la température descendre de 39° à 38°,2, 38°,4 en même temps que le pouls diminuait de fréquence et tombait de 110 à 90, 96. Il y a, en résumé, dans presque tous les cas, une réaction générale très accusée, parfois même une sensation de chaleur, de bien-être extrêmement appréciables. Ces effets se produisent d'ailleurs plus ou moins rapidement; dans les cas mauvais ils ne durent guère plus d'une heure; dans les cas heureux, on les voit persister quatre, cinq, six heures et même davantage.

Il est fréquent d'observer dans le même laps de temps une sudation générale parfois très marquée, et dans les jours suivants une augmentation de la sécrétion urinaire qui passe de 400 grammes à

700, 1,000, 1,600 et même 2,000 grammes. Ce sont là généralement des phénomènes de bon augure.

J'ai observé un certain nombre d'*accidents*, pour la plupart légers et tous immédiats. Le plus fréquent de tous est sans contredit la dyspnée, presque toujours légère, parfois assez intense pour obliger le chirurgien à suspendre momentanément l'écoulement du liquide. Deux ou trois fois elle a été véritablement menaçante, coïncidant avec une chaleur générale, attribuable sans doute à une véritable pléthore séreuse. J'ai même dû faire appliquer des ventouses sèches et faire une demi-piqûre de morphine. Cette dyspnée s'est accompagnée une fois d'une sorte de point de côté avec retentissement rachidien très marqué.

Je citerai encore des vomissements séreux très abondants que j'ai vus survenir chez un blessé atteint de déchirure des vaisseaux mésentériques par contusion abdominale, et chez lequel j'avais injecté d'un seul coup deux litres de sérum artificiel pour réparer la perte causée par un épanchement sanguin de 1,500 à 1,800 grammes. Ces accidents n'ont eu d'ailleurs aucune suite fâcheuse et se sont toujours calmés très rapidement.

L'action tonique des injections intraveineuses, particulièrement dans la lutte contre les accidents septicémiques a souvent besoin d'être continuée pendant deux ou trois jours ; le fait de Lejars prouve qu'on peut les renouveler souvent, dans des cas moins graves, il est plus simple et plus facile de recourir alors aux injections sous-cutanées de sérum, soit eau salée à 7 0/0, soit formule de Chéron.

Pour les injections répétées et un peu abondantes, je préfère les solutions salées simples, au sérum de Chéron, qui contient à mon avis une proportion trop considérable d'acide phénique, 1 0/0. Il n'y a pas d'inconvénient si on emploie les solutions salées à injecter, 200, 300 et même 500 grammes au moins d'un seul coup ; si on a recours au sérum de Chevrier, selon la formule de Chéron, on devra employer des doses moindres, 40, 50 et 100 grammes en une seule fois, ou par doses successives de 50 grammes, deux ou trois fois par jour.

Ces injections sont faites dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région lombaire ou fessière.

Je les ai employées seules dans six cas de septicémie. Sur ces six malades, trois ont guéri, trois sont morts. Je ne mets pas en doute l'action favorable des injections sous-cutanées, surtout répétées fréquemment et faites à haute dose, mais je les crois moins puissantes que les injections intraveineuses, et je préfère n'y recourir qu'à titre complémentaire.

En résumé, le chirurgien a dans les injections intraveineuses de

sérum une arme précieuse pour la lutte contre les terribles accidents de la septicémie péritonéale postopératoire; il peut ainsi gagner du temps, augmenter la résistance de son malade; mais si la réaction ne fait guère défaut, même dans les cas désespérés, s'il est même permis de croire que les injections intraveineuses ont sauvé quelques malades qui semblaient absolument condamnés, il importe de ne pas oublier que ces injections ne doivent pas constituer à elles seules tout le traitement.

Plus je vois de ces malades, plus je suis convaincu qu'on ne peut espérer une guérison qu'à la condition expresse de mettre en œuvre de très bonne heure, et pour ainsi dire simultanément, tous les moyens dont nous disposons pour combattre ces accidents. Parmi ces moyens, il convient de faire une mention spéciale des purgations, des applications locales de glace, enfin et surtout du drainage déclive, du drainage abdomino-vaginal avec ou sans lavages du petit bassin.

L'une des premières indications à remplir est sans contredit de débarrasser l'intestin de tous les poisons qui y pullulent et dont l'action vient sans doute encore s'ajouter à celle du foyer septique pour hâter la terminaison fatale. La purgation saline est devenue une pratique courante dans presque tous les services, et la plupart des chirurgiens débarrassent l'intestin de leurs opérées dès le premier ou le second jour. Cette pratique est excellente et ne saurait être trop recommandée; l'action des purgatifs sera au besoin complétée par des lavements simples, additionnés d'une cuillerée de glycérine ou même par des lavements purgatifs. Lorsque l'effet n'est pas obtenu, on ne devra pas craindre de recourir aux lavements électriques, qui donnent parfois de bons résultats.

On obtient encore d'excellents effets des applications locales de vessies de glace faites très largement sur le ventre; je tiens cette pratique de mon excellent maître, M. Léon Labbé, à qui elle a donné comme à moi-même de très bons résultats. Dès que la température s'élève au-dessus de 38°, dès que le ventre commence à se ballonner, nous disposons sur le ventre trois ou quatre vessies de caoutchouc remplies de morceaux de glace qu'on renouvelle aussi souvent que cela est nécessaire. Les vessies doivent être posées bien à plat pour recouvrir toute la surface de l'abdomen, on obtient ainsi une réfrigération qui enraie sans doute le développement des produits septiques. Je ne saurais dire combien de fois j'ai vu des accidents ainsi enrayés dès le début, à la condition d'agir très largement et de très bonne heure.

Enfin et surtout, si j'en crois les derniers faits dont j'ai été témoin, il faut évacuer au plus vite les liquides septiques accumulés. Le drainage abdomino-vaginal réalise merveilleusement cette indi-

cation, à laquelle j'attache une importance capitale ; dès que les accidents deviennent menaçants, je n'hésite pas à passer à travers le petit bassin un énorme drain abdomino-vaginal du calibre du pouce. S'il s'agit d'une laparotomie, j'incise le cul-de-sac postérieur du vagin, s'il s'agit d'une hystérectomie vaginale, j'incise la paroi pour assurer aux liquides septiques un libre écoulement ; je n'hésite pas alors à enlever de bonne heure les mèches de gaze iodoformée qui forment parfois tampon et retiennent les produits toxiques.

Ce drainage abdomino-vaginal est très heureusement complété par de grands lavages, des irrigations abondantes faites à travers le tube. Pour ces lavages, je me sers successivement d'eau salée chaude et de solutions antiseptiques, solutions de permanganate de potasse à 1/1000e ou 1/2000e, solutions de sublimé au même titre. Suivant l'intensité des accidents, ces lavages seront répétés plus ou moins souvent, toutes les heures ; toutes les deux ou trois heures on fera passer 2 ou 3 litres de liquide. Les injections d'eau salée chaude à 7 ou 8 p. 1,000 m'ont souvent donné d'excellents effets, absolument comparables à ceux que je signalais plus haut, dans les injections intraveineuses de sérum artificiel. Il m'est arrivé même deux ou trois fois, dans des cas excessivement graves, de faire des injections d'eau salée chaude pour ainsi dire continues. J'ai souvenir notamment de deux blessés, un homme et une femme, atteints l'un de rupture intestinale, par contusion, l'autre de plaies multiples de l'intestin par balles de revolver, chez lesquels ces injections, faites pendant dix ou douze heures de suite, m'ont donné un moment l'espoir et l'illusion de sauver des malades absolument désespérés. Je n'ai pas guéri ces malades, mais pendant les remplacements que j'ai faits aux vacances dernières, j'ai eu trois malades atteintes de pyosalpinx graves que j'ai secondairement drainées et lavées largement, et qui ont guéri toutes trois.

J'ai déjà rapporté, à propos des injections intraveineuses de sérum, l'observation de la plus intéressante de ces malades (obs. IV). Pendant six à huit jours, j'ai fait pratiquer toutes les heures, puis toutes les deux heures, de grands lavages avec 1 ou 2 litres d'eau salée, puis avec du permanganate de potasse et du sublimé à 1/1000e.

Deux autres malades du service de M. Schwartz ont été traitées de même au mois de septembre 1895 et guéries malgré la gravité du cas.

Je puis encore ajouter à ces faits une malade que j'ai vue avec mon excellent collègue L. Bouilly, accidents d'infection très graves et très anciens, délire, fièvre intense, perforation du cul-de-sac postérieur, drainage abdomino-vaginal, lavages pendant quinze jours. Guérison.

A tous ces moyens on ajoutera l'action stimulante de boissons alcooliques chaudes, de piqûres successives d'éther et de caféine; on enveloppera les malades de linges chauds, de couvertures de laine, pour faciliter la transpiration, la réaction générale.

En résumé, dès que la température, l'aspect général, le ballonnement du ventre feront craindre l'apparition d'une péritonite septique, il convient d'établir une surveillance minutieuse; une personne soigneuse, dévouée, instruite, sera mise près des malades; la température sera prise et notée avec soin toutes les heures ou toutes les deux heures; les pulsations seront comptées et notées par une courbe spéciale, les urines, les selles seront recueillies, gardées et examinées avec soin. La surveillance ainsi comprise et réalisée permettra au chirurgien de ne laisser passer aucune indication, et elle lui révélera immédiatement dans quel sens il doit diriger ses efforts.

En même temps, sans perdre une minute, avec une conviction ardente, avec une énergie soutenue, on mettra en œuvre tous les moyens indiqués plus haut.

Ainsi conduite et comprise, la lutte contre les accidents si redoutables de la septicémie péritonéale postopératoire devient l'une des plus passionnantes de la vie du chirurgien; si celui-ci n'abandonne pas son malade, s'il sait mettre en œuvre de bonne heure et avec énergie tous les moyens dont il dispose, je ne dis pas qu'il sauvera tous les malades, mais il aura certainement la joie d'arracher à la mort quelques-uns de ceux dont l'état semblait le plus désespéré.

M. Ch. Monod. — Je n'ai pas l'intention de traiter ici de la valeur et des indications des injections intraveineuses de sérum artificiel. La question est à l'étude. Notre rôle doit, me semble-t-il, se borner, pour le moment, à apporter les documents à l'aide desquels elle pourra être résolue.

C'est à cela du moins que je veux limiter aujourd'hui mon intervention dans le débat.

Je vous ai dit, dans notre dernière séance, que, l'an passé, mon interne, M. Beaussenat, avait, à ma demande, fait dans mon service, chez des opérés en grand péril, des injections intraveineuses à doses relativement élevées. J'ai demandé à M. Beaussenat de m'envoyer le relevé de ces faits. C'est le résumé de ces observations que, en son nom comme au mien, je dépose aujourd'hui sur le bureau. Vous en prendrez connaissance à loisir dans notre *Bulletin.*

Je me contente dès à présent d'attirer votre attention sur les quelques points suivants :

Les injections intraveineuses de sérum ont été faites chez sept malades, sur lesquels quatre sont morts, trois ont guéri. J'ai à peine besoin d'ajouter que, chez tous, la situation était des plus graves; chez plusieurs, tout à fait désespérée.

Chez tous, même chez ceux qui ont succombé, le résultat immédiat a été excellent; vous verrez qu'il est souvent même qualifié de « merveilleux » par le rédacteur de l'observation. Souvent aussi, malheureusement, l'amélioration n'a été que passagère. L'autopsie venait du reste établir que la lutte pouvait être considérée comme impossible.

Le liquide injecté était le sérum artificiel, formule de M. Hayem. Il était employé « très chaud », chaleur appréciée à la main, non au thermomètre.

La quantité de liquide poussée en une séance n'a jamais été au-dessous de 1 litre; trois fois elle a atteint 1,800 grammes. Trois malades ont reçu en deux fois, à vingt-quatre heures de distance, l'un 3,000, l'autre 3,300, la troisième, 3,400 grammes de sérum.

Jamais aucun accident sérieux imputable à l'injection n'a été observé. Chez une malade, une syncope s'est produite au début de l'opération; celle-ci n'en a pas moins été poursuivie, et la patiente a promptement recouvré ses sens.

Pour ce qui est des indications, on a justement fait remarquer dans notre dernière séance qu'elles pouvaient être doubles : remédier au shok opératoire ou à la dépression résultant d'une grande perte sanguine, ou combattre un état infectieux par une sorte de lavage du sang.

Je n'ai, dans la plupart des cas, obéi qu'à la première de ces deux indications. Dans un seul cas (obs. VII), l'introduction de sérum dans les veines a paru contribuer à mettre fin à un état infectieux qui semblait devoir conduire la malade à la mort.

Obs. I. — *Contusion abdominale. Péritonite. Laparotomie. Injection intra-veineuse de 1,000 grammes. Mort.*

Ce malade, alcoolique, avait reçu un coup de pied de cheval dans l'abdomen le 12 mars au soir.

Aucune intervention n'avait été jugée nécessaire. Et de fait, l'état était resté bon jusqu'au 17 mars.

Le soir de ce même jour, il est pris brusquement d'accidents de péritonite par perforation absolument suraiguë avec algidité. La laparotomie est pratiquée à 11 heures du soir. On trouve une péritonite généralisée, mais pas de perforation.

Lavage du péritoine. Champagne. Ether. Injection intra-veineuse de sérum Hayem (1,000 gr.).

La nuit est bonne, les vomissements cessent, ainsi que les douleurs.

Le pouls se relève. Le 21 au matin, 36°,9. Facies moins grippé que la veille.

Le ventre n'est ni tendu, ni douloureux. Dans la journée, le malade urine. Le soir, il a 37°,5. La langue est humide.

A minuit, l'état est très satisfaisant.

Le 22, à 7 heures du matin, même état. A ce moment, le pouls disparaît brusquement, les extrémités se refroidissent et se cyanosent; langue sèche. Subdélire.

Bientôt coma, adynamie profonde et mort vers midi.

Autopsie impossible (affaire judiciaire).

Obs. II. — *Mésentérite suppurée. Laparotomie. Injection intra-veineuse de 1,800 grammes. Mort.*

Homme, 29 ans. Laparotomie le 9 mars, dans l'hypothèse d'une appendicite. On tombe sur une masse mésentérique qu'il ne peut être question d'enlever. Fermeture du ventre.

10 mars. — Bon état, pas de fièvre, mais urines rares, pas de selles.

11 mars. — Etat grave, malgré température de 37°,8. Pouls petit, 130. Extrémités froides. Vomissements noirâtres. Pas de selles, pas de gaz. Facies péritonitique.

Réouverture du ventre ; pas d'épanchement. Péritoine et anses intestinales rouges. Lavage à l'eau bouillie. Un litre de sérum abandonné dans le péritoine.

12 mars. — La nuit a été passable. Mais, le matin, l'état général est très mauvais. Pouls imperceptible. Refroidissement périphérique.

Injection intra-veineuse de 1,800 grammes de sérum Hayem. L'effet est immédiat. Le malade se remonte complètement, et, malgré température de plus de 38°, il continue à aller bien pendant trente-six heures.

13 mars, soir. — Délire, langue sèche, vomissements, pouls misérable, sueurs froides. Mort dans le collapsus.

Autopsie. — Infiltration purulente de tout le mésentère.

La situation était donc sans ressources.

Obs. III. — *Pyosalpinx double. Laparotomie. Injection intra-veineuse de 1,600, puis de 1,800 grammes de sérum. Mort.*

Femme, 49 ans. Le début de la lésion remonte à vingt-huit jours. Opération difficile. Adhérences et foyers suppurés multiples. Durée, deux heures. Réveil difficile. Deux heures après l'opération, deux petites syncopes, à la suite desquelles la malade ne se réchauffe pas. Injection sous-cutanée de 600 grammes de sérum; amélioration très sensible, mais qui ne dure pas.

A 5 heures du soir, nouvelle syncope, vomissements répétés, douleurs abdominales violentes, refroidissement des extrémités. A 6 heures du soir, disparition complète du pouls et état de mort imminente.

Ether, caféine. Injection intra-veineuse de 1,600 grammes de sérum artificiel très chaud. On observe alors la disparition rapide de tous les accidents. La chaleur revient, le pouls se relève. La malade, toujours

très énervée, se plaint d'étouffements et de vertiges. Les paupières battent continuellement. Sensation de mouches volantes devant les yeux. Les douleurs abdominales sont vives, les vomissements continuels.

A 1 heure du matin, nouvelle ébauche de syncope, avec refroidissement. Le pouls persiste, quoique irrégulier. Injection sous-cutanée de 400 grammes de sérum. 1/4 de piqûre de morphine. Nuit très mauvaise. Plaintes continuelles.

10 février. — Etat toujours très alarmant. Pouls petit, irrégulier, 130. Nausées sans vomissements. Dyspnée *sine materia*. Suppression du Mickulicz. Le ventre pas ballonné est peu douloureux à la pression. Quelques gaz provoqués par l'introduction de la sonde rectale. A 2 heures de l'après-midi, nouvelle syncope, sans refroidissement. La langue est sèche. Anurie. Les quelques gouttes d'urine que ramène le cathétérisme sont chargées d'albumine.

Tout ceci détermine à faire une nouvelle injection intra-veineuse de 1,800 grammes. Le pouls remonte. 130 pulsations amples et fortes.

Les vomissements cessent. Etat dès lors relativement bon jusqu'à 4 h. 15 m.

A ce moment, et très brusquement, violent frisson, claquement de dents.

A 5 heures, mort.

Au moment de la mort, 37°,8. Une heure après, 38°,5.

Obs. IV. — *Gastro-entérostomie. Injection intra-veineuse de 1,800, puis de 1,200 grammes. Mort (par gastrorrhagie).*

Femme, 49 ans. Début il y a dix-huit mois. Actuellement, cachexie extrême et grand amaigrissement.

28 février. — Gastro-entérostomie à l'aide du bouton de Murphy.

Le choc opératoire est tel qu'avant de reporter la malade à son lit, on lui fait une injection intra-veineuse de 1,800 grammes de sérum Hayem. Le pouls, imperceptible au début, revient vers le milieu de l'injection, ainsi que la voix. La chaleur reparaît et la journée se passe sans autre incident qu'un vomissement peu important.

A 10 heures du soir, la malade se refroidit de nouveau et le pouls disparaît; elle est cyanosée, sans voix, insensible. Les extrémités sont glacées. Elle ne répond pas et semble ne pas entendre.

Outre les stimulants habituels, éther, caféine, frictions alcoolisées, on lui fait une nouvelle injection intra-veineuse de 1,200 grammes.

L'effet est prompt et merveilleux. La nuit est très bonne et, le lendemain 1er mars, à 9 heures du matin, l'état était fort satisfaisant.

A 11 heures, même état.

A midi, elle est agonisante. Et, de fait, elle meurt à 1 heure, au moment où on allait lui faire une nouvelle injection veineuse.

L'estomac, enlevé aussitôt après la mort, était plein de sang noir coagulé et encore rouge.

C'est cette gastrorrhagie qui a dû déterminer la mort.

Obs. V. — *Gastro-entérostomie. Injection intra-veineuse de 1,500 grammes. Guérison.*

Femme, 32 ans. Gastro-entérostomie à l'aide du bouton de Murphy, pour sténose pylorique. Opération relativement rapide. La malade, grâce au sérum en injections sous-cutanées, aux piqûres d'éther et au champagne, s'était parfaitement réchauffée. Elle était, à 10 h. 30 m. du soir, très bien.

A 11 heures, elle pâlit brusquement, se refroidit, est baignée de sueurs froides. La voix s'éteint ; les lèvres décolorées, le pouls très petit.

On pense qu'il vient de se faire une hémorrhagie intra-stomacale, et l'on tente de l'arrêter par opium, glace, ergotine, ratanhia. En même temps, on fait une injection intra-veineuse de 1,500 grammes de sérum.

L'effet est prompt. Le reste de la nuit s'achève sans incident. Le lendemain, il y avait dix selles peu abondantes, mais toutes sanglantes.

Suites bonnes. Le huitième jour, on permettait des aliments solides. *Exeat* le vingt-cinquième jour (sans avoir rendu le bouton).

Obs. VI. — *Cancer de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Injection intraveineuse de 1,800, puis de 1,500 grammes. Guérison.*

Femme, 43 ans. Cancer bourgeonnant ulcéré avec métrorrhagies très abondantes.

15 décembre 1894. — Opération très pénible à cause de la friabilité de l'organe. La perte de sang a été très considérable. Trois heures après l'opération, la malade est très pâle avec le pouls très petit et le nez froid.

Éther en injections sous-cutanées. Champagne. 400 grammes de sérum en injections hypodermiques. Piqûres intramusculaires de glycérine au tiers toutes les heures. Aucun suintement vaginal. Le reste de la journée, la malade reste pâle et faible. A minuit et demi elle se plaint d'éprouver « un grand froid » dans tout le corps, la pâleur est extrême, le nez est pincé et glacé, le menton est froid, lèvres exsangues, pieds et mains glacés, dyspnée légère, langue sèche, idées de mort. Pouls imperceptible. Température rectale, 35°.

On lui fait alors une injection intraveineuse de sérum Hayem, stérilisé à l'autoclave et très chaud.

Quantité injectée, 1,800 grammes. Au début de la transfusion une syncope survient, mais on n'interrompit pas l'injection ; et dès qu'il a été injecté un litre de sérum, la respiration devient plus ample, la voix reparaît encore faible cependant, le pouls devient nettement appréciable et augmente de force jusqu'à la fin de l'injection. A ce moment il bat à 120 et est fort, plein et régulier. Les lèvres sont toujours un peu pâles, mais le nez, le menton, les mains et les pieds se sont réchauffés. On fait une injection d'ergotine, de peur que l'hémorrhagie ne soit facilitée par la masse liquide qu'on vient d'introduire dans la circulation.

La glycérine au tiers en injections intramusculaires est continuée toutes les heures ainsi que le champagne.

Le reste de la nuit est meilleur qu'on ne l'aurait supposé.

Le 16 décembre, à 9 heures du matin, 37° dans le rectum. Pommettes un peu rosées. Langue sèche. Pouls à 120, faible mais régulier.

Le pansement n'est pas taché de sang. Les urines sont rares mais claires. La malade accuse des douleurs abdominales mais le ventre est plat et peu sensible au palper ; ni nausées, ni vomissements.

A 11 heures. Pâleur brusque avec légers refroidissement. Six piqûres d'éther, 400 grammes de sérum par la peau. Trois injections successives de glycérine. Frictions alcoolisées.

A midi. Mieux très sensible, mais vers 4 heures de l'après-midi, la malade recommence à s'affaiblir et a des nausées.

A 5 heures elle se plaint subitement de violentes douleurs dans le ventre et celui-ci se ballonne presque instantanément dans toute la région sous-ombilicale. Cependant le pouls est encore bon quoique faible et la langue est humide.

A 7 heures du soir. Refroidissement, agitation, nez de nouveau froid et pincé, extrémités glacées, voix éteinte, dyspnée.

Le pouls a de nouveau disparu. Les battements du cœur sont à peine perceptibles. La teinte cyanique des lèvres semble se généraliser et tout le corps est comme marbré.

Alors on fait simultanément des injections multiples d'éther, de glycérine et des frictions alcoolisées, et une nouvelle injection intraveineuse de 1,500 grammes de sérum de Hayem. La première avait été faite dans la médiane basilique droite; celle-ci est faite dans la saphène interne droite en avant de la malléole interne. L'effet se fait sentir presqu'aussitôt; la malade à partir de ce moment reste faible mais ne se refroidit plus. On continue les stimulants : champagne, glycérine, éther.

Le soir, un quart de seringue Pravaz de morphine, lui procure un peu de sommeil. Dans la nuit quelques coliques provoquées par des gaz et besoin de défécation.

Le 17. On n'ose pas enlever les pinces au bout de quarante-huit heures. Elles ne sont enlevées que le soir vers 6 heures, mais aucune hémorrhagie ne survient.

La malade paraît sauvée ; 37° dans l'aisselle, pouls bon, urines abondantes, langue humide.

Le 18. Le mieux s'accentue. Émission de gaz par l'anus.

Le 19. Lavements : 3 selles.

Le 20 (5e jour). État très satisfaisant. Suppression des mèches de gaz iodoformée. La malade se lève, elle mange beaucoup. Les forces reviennent et elle a repris de l'embonpoint.

Revue au mois de mars 1895 dans un état de santé presque parfait. Mais elle est revenue en décembre 1895, à Saint-Antoine, avec des signes de généralisation cancéreuse.

Obs. VII. — *Hernie épiploïque étranglée avec réduction en masse incomplète. Kélotomie. Injection intraveineuse de 1,600 grammes. Guérison.*

Femme, 67 ans. Début des accidents : huit jours avant son entrée. Tentatives de taxis en ville qui ont fait diminuer le volume de la tumeur sans en amener la disparition complète. Les douleurs et les vomissements persistent, ceux-ci sont devenus fécaloïdes.

A l'entrée de la malade, état le plus alarmant, yeux excavés, visage et membres froids et cyanosés, langue sèche, rotie, haleine infecte, pouls à peine sensible et ventre ballonné, très douloureux.

Opération immédiate par M. Beaussenat, très pénible, il faut aller chercher jusque dans le ventre une grosse masse épiploïque étranglée et en partie sphacélée. Elle adhère par un pédicule assez étroit au côlon dont on la sépare au thermocautère entre deux ligatures. La cure radicale est impossible. Fermcture de l'anneau inguinal.

L'opération avait été rapide, mais la malade est si faible qu'elle a une syncope dès qu'on la rapporte dans son lit. Éther en injections. Frictions alcoolisées. Champagne, rhum, etc. Sérum 400 grammes en injections sous-cutanées. La malade se réchauffe un peu et accuse un grand bien-être, mais elle n'urine pas, sa langue reste sèche, son pouls est toujours misérable, elle a du subdélire. Ni gaz, ni selles. A minuit elle vomit encore une fois ce qu'elle n'avait pas fait depuis l'opération.

A 7 heures du matin, même état stercorémique. Alors, injections intraveineuses de 1,600 grammes de sérum très chaud.

L'effet est rapide. En quelques heures un mieux sensible est apparu. Elle urine, sa langue est moins sèche, elle est moins froide. Le soir, évacuation rectale de gaz et de matières. Il n'y avait plus de danger dès le surlendemain de son entrée.

Le 8, au jour, premier pansement.

Le 20, au jour, exeat.

M. Routier a eu recours à la même pratique en 1888; il s'agissait d'une malade atteinte de salpingite et de fibromes. Après l'opération elle eut des phénomènes graves; on lui injecta, sur le conseil de Juhel-Rénoy, dans la veine basilique, 600 grammes de sérum artificiel. La malade mourut trois heures après.

Rapport.

Sur un travail du Dr Gaillard (de Paris), intitulé : *Méthode physiologique de redressement des dents.*

Rapport par M. FÉLIZET.

Le Dr Gaillard, dentiste de l'hôpital Saint-Antoine, vous a présenté, le 6 mars 1895, une jeune fille atteinte d'antéversion des

incisives supérieures avec prognatisme, vice de conformation dont vous avez eu sous les yeux la photographie et le moulage, et qu'il avait corrigé de la façon la plus complète.

Vous avez chargé MM. Jallaguier, Gérard-Marchant et moi d'étudier les procédés employés et de vous en faire le rapport.

L'anomalie de direction et en particulier l'antéversion des incisives n'est pas une disposition simple et le traitement qu'elle comporte, tout en visant le redressement, doit avoir pour caractère principal de provoquer et de guider les efforts de la nature, sans compromettre la vitalité de l'organe mal implanté.

Que la projection en avant dépende du prognatisme ou seulement d'une obliquité congénitale des germes dentaires dans un arc maxillaire régulièrement conformé, les conséquences physiologiques sont sensiblement les mêmes et impliquent la nécessité d'intervenir pour rectifier la malfaçon de la bouche.

C'est un fait connu que les dents en antéversion se dessèchent, qu'elles vivent mal et qu'elles s'ébranlent à la longue. Quand elles tombent, elles n'ont pas seulement, pendant des années, contrarié la mastication et gêné la phonation, elles sont arrivées, en relevant et en raccourcissant la lèvre supérieure, en avançant secondairement la sous-cloison, à donner à la figure un cachet de laideur repoussante.

Il y a plus : la projection des incisives supérieures et leur exclusion fonctionnelle a entraîné d'autres conséquences graves, au point de vue des fonctions de la bouche.

Les incisives correspondantes de la mâchoire inférieure, évoluant dans le vide, ont à leur tour périclité, leur bord coupant présente souvent des irrégularités et des crénelures; elles ont allongé, c'est-à-dire qu'elles sont sorties de leurs alvéoles ; la cavité de l'alvéole s'est, à mesure, retrécie; la paroi antérieure s'en est amincie, de telle sorte que la dent, en partie dégaînée, flotte à son tour et est destinée à tomber.

Une dent, en effet, pour vivre et rester solide, a besoin de la pression de son antagoniste correspondante. C'est précisément cette pression qui entretient l'intégrité de l'alvéole. C'est pour cela que chez les vieillards l'ébranlement des dents dépend souvent moins de l'imparfaite vitalité des tissus que de la disparition des dents antagonistes, dont la pression servait à modeler la forme et à assurer la résistance des alvéoles.

Ce qui se passe secondairement dans les incisives inférieures, privées de leurs opposantes : crénelure des bords, ballottement, expulsion progressive, se passe primitivement dans les incisives supérieures en projection prognatique. Leur allongement, leur

vitalité précaire, leur ébranlement, dépendent de la direction vicieuse de l'axe des alvéoles.

Nous avons dû, pour vous faire un rapport complet, non seulement examiner les moulages que nous a confiés le Dr Gaillard, mais observer avant le traitement et suivre pendant la cure un certain nombre de jeunes sujets, et nous avons pu voir souvent la paroi antérieure des alvéoles réduite à une simple cloison quasi-membraneuse, constituée par le périoste.

Or, c'est en s'appuyant sur la fonction de ce périoste, en en stimulant la vertu ostéogénique, en en réglant sagement la transformation, que M. Gaillard est arrivé à créer une véritable méthode avec des moyens dont la sûreté et la précision relèvent véritablement de l'art chirurgical.

Les résultats que nous avons constatés ne sont pas l'œuvre de tentatives récentes; il y a maintenant plus de trente ans que le Dr E. Gaillard, père du dentiste de l'hôpital Saint-Antoine, à une époque où les vices de direction des dents, quand on ne renonçait pas à les guérir, étaient traités par la luxation extemporanée, au moyen de ce fameux pélican que Fauchard avait préconisé en 1765, manœuvre qui s'appelle aujourd'hui le redressement brusque.

J'ai recherché et j'ai vu des personnes traitées en 1865, 1868, 1870, 1873, par le Dr Gaillard, j'ai eu sous les yeux leurs moulages pathologiques et j'ai pu m'assurer de la solidité et de la persistance parfaite des résultats.

Le Dr Gaillard père avait bien vu que le redressement brusque n'est pas à recommander quand l'alvéole est incomplète et que, comme nous nous en sommes assuré, la paroi antérieure de l'alvéole est extrêmement mince ou absente.

Un grand nombre de cas étaient, par cela même, injusticiables de l'intervention extemporanée, violente, que quelques dentistes contemporains préconisent encore à peu près exclusivement.

Quant au redressement brusque pratiqué sur une alvéole bien encastrante, il avait l'inconvénient grave des fractures ouvertes, avec l'aléa de la vitalité compromise par la mobilisation d'une seule dent, le foyer d'un traumatisme.

Le redressement lent, progressif et méthodique pratiqué par le Dr Gaillard n'est pas seulement recommandable par l'efficacité, dont vous avez pu observer un exemple, il est absolument exempt de tous les dangers qui accompagnent la luxation extemporanée.

Avant de parler des appareils extrêmement simples imaginés pour le redressement des dents en antéversion, nous devons nous demander comment les tissus se comportent en présence de la force mise en action et comment une alvéole imparfaite dans sa

capacité, dans sa direction et dans sa conformation, peut devenir une loge osseuse irréprochable.

M. Gaillard a étudié en clinicien les phénomènes qui accompagnent le redressement, et la description qu'il en a faite, il y a quelques années, dans sa thèse, nous fait bien comprendre le mode de l'action exercée.

« Un des premiers effets de l'action redressante, dit-il, est, dans les premiers jours, un ébranlement de la dent. Cet ébranlement est la conséquence d'un processus plus complexe qu'on serait tenté de le supposer au premier abord. L'observation nous montre, en effet, que la dent est devenue plus longue, douloureuse et mobile. L'élongation dépend du gonflement de la membrane péri-dentaire ; la mobilité tient à deux modifications anatomiques qui se succèdent : il y a d'abord une *mobilité primitive*, due à la compression du périoste, puis une *mobilité secondaire*, due à l'établissement du travail de résorption de l'alvéole osseuse.

« L'élargissement de l'alvéole est un phénomène biologique dans lequel l'action mécanique n'intervient que comme cause occasionnelle. C'est, en effet, dans l'adolescence et dans la jeunesse, à l'âge où les manifestations de la vie présentent leur maximum d'intensité, que les faits dont nous parlons s'observent avec leurs caractères les plus accusés. C'est à cet âge que la formation du tissu osseux s'observe avec le plus de netteté et avec le plus de solidité. »

Dans cette alvéole élargie, la paroi pressée va subir l'ostéite raréfiante, la paroi opposée va subir l'ostéite productive, et ces deux formes, en apparence contradictoires, de l'irritation du tissu alvéolaire, vont créer une véritable gaîne osseuse, exactement modelée sur la racine de la dent progressivement ramenée à sa position et à sa direction normales.

Tel est le travail qui s'opère autour d'une dent, à mesure qu'elle se redresse, et telles sont les raisons physiologiques qui font que ces résultats, lentement obtenus, sont absolument définitifs.

Ostéite raréfiante, ostéite productive, ces deux formes de l'ostéite sont produites par l'action d'une force continue, appliquée sur la dent prise comme levier.

Nous parlons d'une force continue : la continuité de l'action est, en effet, la condition *sine qua non* du succès.

Si la force, à un moment donné, mollit ou tombe, l'ostéite évolue sans règle, cessant de produire et cessant de raréfier. Elle n'est plus le moyen thérapeutique sûr qu'on cherchait, elle est un accident du traitement, accident dont la moins grave des conséquences peut être, avec un échec orthopédique, la persistance d'une difformité plus ou moins modifiée.

Or, c'est cette continuité dans l'action que MM. Gaillard ont réalisée. Cette continuité dépend absolument de la sévère fixité des points d'appui.

L'agent mécanique, ils ne l'ont pas inventé, c'est le moyen de mettre à la disposition de la thérapeutique chirurgicale cette tension, cette force constante du caoutchouc distendu, dont ils peuvent, suivant les besoins du traitement, activer ou ralentir l'activité; c'est un dispositif stable, simple, aussi peu encombrant que possible qui, ne gênant en rien ni la mastication ni la parole, permet d'amener le caoutchouc, suivant des lignes de traction précises, qu'on modifie d'après les circonstances, et qui gardent toujours leur énergie lente et continue.

La force du caoutchouc étant énorme, il était interdit de prendre un point d'appui sur la dent, on même sur les dents voisines de la malformation. On s'exposait à les ébranler et à entraîner précisément le pieu qui devait servir de point d'appui.

C'est sur la presque totalité de l'arc de la mâchoire supérieure que M. Gaillard a établi son point d'appui.

A vrai dire, étant donné l'âge auquel on applique cette méthode de redressement, les deux premières petites molaires et la première grosse molaire marquent les dimensions de l'arc étendu qui servira d'établi à la force redressante.

A droite et à gauche, les molaires sont enveloppées dans une capsule de platine, exactement martelée sur le moulage, et ces capsules sont réunies par une galerie de métal inaltérable. Le bord libre des gencives n'est pas touché, disposition qui permet d'assurer la fixité de l'appareil par le passage des fils d'argent, engagés dans l'espace inter-dentaire et destinés à rendre impossible la bascule de l'appareil fixé, pour ainsi dire, au squelette.

Les dents projetées sont donc parfaitement libres et accessibles, *en avant* d'un bandeau dont la solidité est assurée par l'immobilité des extrémités postérieures de l'arc.

Il est certain, mécaniquement, que dans la lutte qui va s'engager entre le pieu symétrique qui fait corps avec le maxillaire et les incisives projetées en avant, ce seront ces dernières qui céderont.

La force active employée pour le redressement est empruntée au caoutchouc : des fils prismatiques de 1, 2 et 3 millimètres suffisent à toutes les nécessités de l'exécution.

C'est successivement, en général, ou tout au plus deux à deux, que les dents sont attirées en arrière. Dès qu'elles ont gagné leur position normale, elles sont forcées par un crochet attaché à l'appareil et elles conservent ainsi leur situation, pendant que les autres sont soumises à la traction élastique.

Le succès des manœuvres, on le conçoit, dépend de l'exacte

application des forces, sans interruption et sans à-coup, et l'exactitude de cette application n'est possible qu'avec un point d'appui immuable : tout est là.

Avec un point d'appui parfait, on est autorisé à tout tenter contre les anomalies de direction et même de position des dents.

Nous avons vu, en préparant ce rapport, des retroversions dentaires corrigées avec une extrême simplicité ; les rotations de même.

J'ai soigné, il y a quelques semaines, un jeune garçon de 12 ans, qui portait un bec-de-lièvre mal opéré à la naissance.

L'incisive supérieure gauche était en rotation, elle avait décrit plus d'un quart de cercle et le bord externe de la dent projetée touchait et relevait l'angle de la fissure labiale, de telle sorte que l'opération était à l'avance compromise.

En quelques semaines, le Dr Gaillard obtint le refoulement et la rotation de la dent sisiane, et il me fut possible d'opérer le bec-de-lièvre sur le plan régulier des incisives bien alignées.

La durée du traitement est longue, si on la compare aux procédés de redressement brusque ; elle est courte, au contraire, si on la met en parallèle avec les appareils moulés, que l'on doit porter plusieurs années consécutives. Avec une force agissant sans interruption, le jour et la nuit, on comprend combien le temps nécessaire à la cure est diminué.

La durée varie toutefois d'après le nombre des dents à redresser. Elle dépend aussi de l'état anatomique des alvéoles. Toutefois, en tenant compte de ces conditions et des susceptibilités individuelles des jeunes sujets, elle varie de six semaines à cinq mois.

Je regretterai moins d'avoir écrit un aussi long rapport si j'ai pu vous faire comprendre l'intérêt que présente le traitement rationnel, et je puis ajouter physiologique, d'une malformation relativement fréquente.

Nous vous proposons d'adresser des remerciements à M. le Dr Gaillard et de déposer son travail dans les Archives.

Lecture.

M. Mignon lit un travail intitulé : *Sur une observation d'occlusion intestinale aiguë* (Commission : MM. Félizet, Monod, M. Routier, rapporteur).

Scrutins.

Une série de scrutins ont lieu pour la nomination du bureau pour 1896.

Sont nommés :

Président : M. Monod ;
Vice-Président : M. Delorme ;
1er Secrétaire annuel : M. Quénu ;
2e Sécrétaire annuel : M. Nélaton ;
Archiviste : M. Schwartz.

On vote pour une commission pour la nomination de correspondants étrangers.

Sont nommés : MM. Bouilly, Championnière, Delorme, Broca.

On vote ensuite une commission pour la nomination des correspondants nationaux.

Sont nommés : MM. Félizet, Bazy, Kirmisson, Berger.

Présentation de malades.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie deux malades, opérés tous deux pour un anévrysme poplité par la ligature.

La ligature chez les deux a été faite immédiatement au-dessus du sac, par la méthode d'Anel.

L'un des malades avait un anévrysme foriforme gros comme un œuf de pigeon et était âgé de 35 ans; l'autre avait un anévrysme gros comme un œuf d'oie et était âgé de 56 ans. Chez le premier, il n'y avait aucune trace d'artériosclérose, tandis que chez le second, l'artériosclérose existait certainement. Le premier est guéri depuis treize mois, le second a été opéré il y a six semaines. Chez celui-ci, l'anévrysme est dur et tend à diminuer chaque jour; chez celui-là, c'est à peine si l'on trouve dans le creux poplité une petite induration sur le trajet de l'artère.

En somme, la guérison a eu lieu sans aucun incident. Je n'ai pas cru devoir faire l'extirpation, parce que l'anévrysme était poplité supérieur et n'exerçait que peu de compression sur les organes environnants.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
Quénu.

Séance du 15 janvier 1896.

Présidence de M. Th. Anger.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de candidature de M. Mignon au titre de membre correspondant ;

3° Une lettre de M. Broca et de M. Peyrot, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

M. Félizet présente une observation d'*hémartrose du genou de cause insolite*, par M. Isambert (M. Félizet, rapporteur).

M. Félizet dépose la *Tuberculose des os et des articulations*, par le Dr Casse.

M. Picqué, le *Compte rendu du 9e Congrès de chirurgie.*

Rapport.

Sur un mémoire de M. Walther, intitulé : *Six abcès du foie.*

Rapport par M. RICARD.

M. le Dr Walther nous a communiqué six observations intéressantes d'abcès du foie, qu'il a soumis à l'intervention chirurgicale.

Ces six observations méritent d'arrêter notre attention par plusieurs points principaux que nous allons successivement passer en revue.

L'*étiologie* nous arrêtera tout d'abord. Sur six cas, deux fois l'étiologie n'a pu être établie, trois fois l'abcès était consécutif à la

dysenterie, et une fois la suppuration était nettement la localisation d'une infection générale à streptocoques, dont l'origine remontait à l'infection d'une plaie de l'auriculaire gauche avec arthrite suppurée.

Je dois rapprocher de ce dernier fait, des plus rares, une observation que j'ai moi-même présentée à l'Académie de médecine, le 16 octobre de l'année dernière, et dans laquelle la collection hépatique était un abcès à staphylocoques, consécutif à un anthrax du cuir chevelu. Ces faits sont jusqu'ici des plus rares ; l'enseignement qu'on doit retirer de l'observation de M. Walther et de la mienne, c'est qu'il convient d'intervenir au plus tôt, car la virulence des collections hépatiques est extrême dans ces cas.

Dans les trois cas consécutifs à la dysenterie, une fois l'examen du pus n'a pas été fait ; dans un cas, l'examen bactériologique décela l'existence de streptocoques et de staphylocoques, mais la cavité purulente était en communication avec les bronches. Dans le troisième cas, l'examen fut absolument négatif.

Cette dernière observation nous amène ici à parler de la *stérilité des abcès du foie*, stérilité déjà connue auparavant, mais bien mise en lumière par la remarquable observation que notre collègue, M. Peyrot, nous communiqua dans la séance du 7 janvier 1890.

Depuis cette communication, une série de travaux ont vu le jour sur la bactériologie des abcès hépatiques, soit à l'Académie de médecine, soit à la Société médicale des hôpitaux, soit enfin, ici, à la Société de chirurgie. Deux thèses récentes, celle de M. Cotta, mais principalement celle de M. Debray, soutenue il y a quelques mois, et enfin une fort intéressante revue critique de M. Longuet, résument actuellement fort nettement la question.

A la suite des observations premières de Kartulis, dans les *Archives* de Virchow, de M. Netter et de M. Laveran à la Société médicale des hôpitaux, de M. Peyrot à la Société de chirurgie, on crut volontiers que cette stérilité des abcès du foie était à peu près la règle. Toutefois, notre collègue, M. Peyrot, formulait déjà de sages réserves, et il « lui paraissait nécessaire, avant d'intervenir chirurgicalement, de faire l'analyse bactériologique du pus retiré par une ponction exploratrice ».

Il n'est pas de ma compétence de discuter longuement ce côté bactériologique de la suppuration intra-hépatique, mais il y a là un côté pratique dont la connaissance importe au chirurgien qui va opérer. C'est pourquoi, résumant l'opinion qui s'est fait jour dans les travaux récents, nous dirons, avec M. Longuet : « Les abcès stériles du foie sont *fréquents*, mais cette fréquence n'est que relative, si on la compare aux résultats positifs presque innombrables qui ont été obtenus. »

Je dirai également que, de l'étude rapide des statistiques, il ne semble pas résulter que les abcès des pays chauds soient particulièrement privilégiés. Il semble acquis qu'au foie—comme ailleurs—dans les ganglions, dans les trompes, dans le cerveau, le pus *vieux* ou à évolution *lente* puisse être stérile ou de virulence très atténuée ; il semble que le siège hépatique ne soit pour rien dans cette atténuation et cette disparition de la virulence.

L'observation de M. Walther vient à l'appui de la proposition que j'avance. Car, dans le cas où le pus fut trouvé stérile, la dysenterie initiale remontait à cinq années et avait débuté au Tonkin. Depuis, jamais le malade ne s'était bien porté, quoique étant rentré très rapidement en France.

La première manifestation douloureuse à l'hypocondre remontait à sept mois ; elle fut peu intense ; c'était une pesanteur pénible, une gêne des mouvements d'inspiration. Ce ne fut qu'au mois de mai que la douleur fut plus vive et que l'état général périclita.

Donc, dysenterie ancienne, localisation hépatique tardive, évolution lente. Tels sont les antécédents qu'on retrouve habituellement dans les abcès à pus stérile.

Le *siège de l'abcès et la nature de l'intervention* méritent également d'attirer l'attention de la Société.

Sur les six cas présentés par notre collègue, trois fois l'abcès siégeait en arrière et proéminait à la face convexe du foie. Dans ces trois cas, l'incision hépatique fut précédée de la résection large de la neuvième ou de la dixième côte, deux fois la plèvre était intimement soudée au diaphragme et celui-ci à la face convexe du foie.

Dans un cas, bien que l'abcès fût ancien et que la matité remontàt jusqu'à la pointe de l'omoplate, il n'y avait pas trace d'adhérences pleurales. L'évacuation du pus se fit sans incident, grâce à la suture préalable des lèvres des incisions pleuro-diaphragmatiques.

Nous ne pouvons qu'approuver notre collègue d'avoir choisi la voie transpleurale pour aborder les collections du point postérieur du foie qu'il a eu à traiter. C'est la voie imaginée par Israël (de Berlin), en 1879, appliquée pour la première foie aux abcès du foie par Thornton et communiquée au Congrès de Brighton ; cette méthode a donné des succès à Zancarol, à Hunsner, à Schede, à Terrier et à d'autres ; elle nous paraît préférable à l'incision de Little en un temps, qui risque de déverser ce pus dans la plèvre. C'est l'opération de choix.

On pourrait peut-être mettre en parallèle la méthode de Lannelongue, consistant dans la résection du bord inférieur et cartila-

gineux du thorax ; mais ce qui, évidemment, doit décider du choix du procédé, c'est le siège et la saillie de l'abcès.

Dans les trois autres cas, M. Walther a pratiqué une laparotomie antérieure. Dans un cas, il existait des adhérences préalables, l'opération se borna donc à l'incision pure et simple d'un abcès. Dans les deux autres cas, il n'y avait aucune adhérence. Notre collègue des hôpitaux, malgré les beaux succès de la méthode de Little, a préféré protéger le péritoine contre l'irruption purulente. Dans un cas, il put facilement faire la suture du péritoine hépatique aux lèvres de l'incision ; mais, dans l'autre, où cet affrontement était impossible, l'opérateur eut soin de pratiquer par son trocart évacuateur le lavage répété de la cavité purulente. Bien lui en prit, car l'examen bactériologique démontra que le pus, très virulent, contenait du streptocoque et du coli-bacille. Notre collègue recommande, d'ailleurs, ce lavage préalable dans tous les cas, ne serait-ce que pour faciliter l'évacuation du pus, en général fort visqueux et très adhérent.

Malgré les beaux résultats donnés par la méthode de Stromeyer-Little, nous ne pouvons qu'approuver la méthode plus prudente et moins aventureuse qui a été suivie dans les six cas qui nous sont communiqués.

Les *résultats* obtenus sont d'ailleurs là pour lui donner raison.

Dans deux cas d'intervention trop tardive et presque *in extremis*, les accidents septicémiques continuèrent et les malades moururent ; ici, la méthode thérapeutique employée ne peut être accusée, l'acte opératoire a été simple et rapide, l'indication seule a été trop tardivement posée, et l'opérateur s'est trouvé en présence de moribonds qu'il était impossible de sauver, quels que fussent la méthode ou le procédé employés.

Les quatre autres cas ont donné quatre succès et quatre succès durables dans lesquels la guérison s'est maintenue définitive.

Cette guérison a même été rapide, et la cicatrisation du foie s'est effectuée en peu de jours : sauf dans un cas, où une fistule persista trois mois pour l'élimination de fils profonds, les trois autres cas furent guéris en quarante-cinq jours, trente-deux jours et vingt-six jours.

Le peu de temps nécessaire pour la cicatrisation absolue ne plaide pas en faveur du curettage de l'abcès du foie récemment préconisé, devant l'Académie de médecine, par M. Fontan (de Toulon) ; malgré les bons résultats que ce chirurgien a obtenus, nous nous demandons si les lavages purs et simples, après incision, ne sont pas suffisants et peut-être moins dangereux que pourraient l'être, dans certains cas, les manœuvres de la curette. Nous nous bornerons à formuler simplement cette opinion, n'ayant aucune

expérience personnelle de la méthode de M. Fontan, dont les résultats publiés sont, d'ailleurs, fort encourageants.

En résumé, trois points se dégagent de la communication de M. Walther :

1° Les abcès du foie peuvent être stériles, mais ne le sont point toujours ;

2° Il faut les aborder par la résection costale, par une laparotomie transpleurale s'ils bombent en arrière, par la laparotomie antérieure s'ils saillent en avant ;

3° Dans les cas où il n'existe pas d'adhérences, il est prudent de stériliser la poche par le lavage et de la suturer avant de l'ouvrir largement.

Discussion.

M. Routier a opéré un malade atteint d'abcès du foie contracté, à la suite d'une dysenterie datant de sept ou huit ans, au Tonkin.

Le malade s'est bien porté pendant cinq ans, puis il a eu des accidents hépatiques pour lesquels il a été soigné à l'hôpital Saint-Antoine. Il y a six mois, sa santé déclina et il fut considéré comme un phtisique au troisième degré. Une ponction donna du pus qui fut constaté stérile. M. Routier fit à l'endroit proéminent, dans un espace intercostal dilaté, une incision large. Il s'écoula un litre et demi de pus fétide (et stérile). Les suites ont été bonnes et l'état général s'est amélioré.

M. Ricard. — La stérilité s'observe précisément dans les cas d'abcès du foie à évolution lente.

Rapport.

Sur trois cas de grossesse extra-utérine, communiqués par M. Potherat.

Rapport par M. PICQUÉ.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur trois cas de grossesse extra-utérine qui vous ont été adressés par M. Potherat, chirurgien des hôpitaux.

Permettez-moi tout d'abord de vous en présenter un court résumé.

Le premier se rapporte à une femme de 33 ans que M. Potherat a opérée dans le service de M. Segond le 24 octobre dernier.

C'était une femme vigoureusement constituée et qui ne présentait aucun antécédent pathologique ; une grossesse survenue il y a onze ans avait évolué normalement. Or, dans les premiers jours de l'année, elle se crut de nouveau enceinte.

Des troubles digestifs, quelques malaises, des vertiges et surtout une suppression complète du flux menstriel pouvaient, en effet, le lui faire croire. D'abord tout se passa régulièrement.

En mai survint, sans cause appréciable, une métrorrhagie fort abondante ; un médecin appelé déclara qu'il y avait avortement et crut reconnaître la présence d'un fœtus de quelques semaines !

J'insiste sur ce détail, relevé dans tant d'observations ; on ne saurait être trop réservé cependant dans ce diagnostic d'avortement ; dans un cas récent, que j'eus l'occasion d'observer avec M. Bouilly et sur lequel je reviendrai plus loin, un accoucheur distingué des hôpitaux s'étant appuyé sur le diagnostic fait par le médecin de la famille, avait conclu à l'existence d'une salpingite suppurée d'origine puerpérale dans un cas cependant bien net de grossesse extra-utérine dont je vérifiai l'existence par l'intervention.

Chez la malade de M. Potherat, les métrorrhagies se répétèrent et les douleurs ressenties par elle l'obligèrent à s'aliter.

Ces douleurs rappelaient par leurs caractères les douleurs de contractions utérines.

Cet état dura trois mois et résista à tous les traitements employés.

C'est dans ces conditions que notre collègue fut appelé à voir la malade.

A l'examen, il put reconnaître l'existence d'une tumeur médiane débordant le pubis de 2 à 3 travers de doigt, arrondie, absolument lisse à la surface, rénittente, assez facilement mobilisable dans le sens latéral. Le col ne présente aucune modification appréciable.

Le corps utérin volumineux se confondait avec la tumeur sus-pubienne.

Les culs-de-sac sont libres ; à gauche, les annexes forment une masse assez volumineuse, irrégulière, dure ; mais, à droite, il est impossible de reconnaître la position de l'ovaire et de la trompe.

M. Potherat rejeta le diagnostic de fibrome porté par le médecin, et s'appuyant sur l'acuité des symptômes, l'évolution rapide de la tumeur, il admit le diagnostic de grossesse développée dans la corne utérine droite, repoussant très judicieusement aussi le diagnostic d'avortement porté précédemment.

Sous l'influence du repos au lit, les accidents cessèrent un peu, mais bientôt ils reprirent avec une telle intensité que la malade se décida à entrer à la Maison de santé le 17 octobre.

Notre collègue proposa alors une intervention qui fut acceptée par la malade et, le 26 octobre, il pratiquait l'hystérectomie vaginale qui se fit facilement et rapidement. Les suites en furent très simples ; le 27e jour, elle quittait l'hôpital en excellent état.

Les lésions constatées furent les suivantes : l'utérus était sain, sa cavité vide.

A gauche, la trompe volumineuse et contournée sur elle-même présentait les lésions de la salpingite interstitielle. Ovaire scléro-kystique. Tout l'intérêt de la pièce est à droite. De ce côté, l'ostium utérinum faisait admettre assez facilement un corps du volume d'une plume de corbeau.

Un stylet introduit par cet orifice pénétrait dans une poche du volume du poing, développée à la fois dans l'origine de la trompe et dans l'épaisseur de la corne interne.

L'extrémité de la trompe et le pavillon se trouvaient sur le pôle opposé. L'ovaire était peu altéré. La tumeur était molle, peu fluctuante, présentant des parois très inégales.

En haut, la paroi était pour ainsi dire pelliculaire. Dans cette poche, se trouvait un placenta sans fœtus ; il est regrettable que l'examen histologique n'en ait pas été pratiqué.

En somme, il s'agissait bien d'une grossesse tubo-interstitielle. Notre collègue formule à ce propos sur l'absence de fœtus et la production des hémorrhagies une opinion que je ne puis accepter qu'avec la plus extrême réserve ; mais il me permettra de ne pas le suivre sur ce terrain qui étendrait trop les limites de ce rapport.

En présence de ces lésions, rendant difficile la pédiculisation de la trompe par l'abdomen, M. Potherat considère que l'hystérectomie vaginale était réellement l'opération de choix dans cette variété exceptionnelle de grossesse extra-utérine.

Dans un deuxième cas, opéré également à la Maison de santé, il s'agissait d'une femme chétive, âgée de 34 ans. Enceinte il y a douze ans, elle avait eu une grossesse normale et un accouchement régulier.

Vers la fin de septembre dernier, deux ou trois jours avant l'époque présumée de ses règles, elle avait ressenti tout d'un coup dans le bas-ventre une violente douleur, suivie presque immédiatement de ballonnement du ventre et de vomissement.

Une accalmie survint qui dura quatre à cinq jours, mais les accidents reparurent, suivis bientôt d'une nouvelle période d'accalmie.

Plusieurs crises se reproduisirent dans les mêmes conditions.

Huit jours après la première crise, s'était montrée, au dire du médecin, une tuméfaction abdominale qui augmenta notablement après chacune de celles qui suivirent.

A l'examen, d'ailleurs, cette tumeur est manifeste ; elle remonte à plus de 5 travers de doigt au-dessus du pubis. Elle occupe la ligne médiane et empiète sur les flancs.

Sa consistance générale est molle, mais sa résistance varie selon les points.

Au toucher vaginal, le col regarde en bas et en arrière.

Le corps utérin et peu volumineux est fortement refoulé vers le pubis.

Le cul-de-sac postérieur est rempli, tendu, renittent, très douloureux ; il bombe fortement vers le vagin. Il en est de même des culs-de-sac latéraux. La masse qui les remplit est nettement continue avec celle que l'on sent par l'abdomen ; le tout est renittent, plutôt mou que résistant, mais non fluctuant, même par le double palper.

L'état général est très mauvais ; la malade est pâle, anémiée ; il existe de violentes douleurs abdominales qui la privent de tout sommeil ; l'inappétence est complète ; cependant il n'existe plus de vomissements. La température oscille entre 38°,5 et 39°.

Du 25 octobre au 2 novembre, il ne se produit aucune amélioration ; la tuméfaction abdominale a augmenté ; en tout cas, l'état général s'est encore aggravé et, malgré les conditions générales très défavorables, une intervention s'impose.

Au diagnostic de suppuration pelvienne porté antérieurement, notre collègue substitua très judicieusement celui d'hématocèle, due probablement à la rupture d'une grossesse tubaire.

La diminution des époques pendant deux mois, l'explosion subite des accidents et leur répétition à de courts intervalles justifiaient bien cette hypothèse.

M. Potherat se résolut d'agir de suite par la voie vaginale. L'incision large du cul-de-sac postérieur amena l'écoulement d'une abondante quantité de sérosité hématique. L'exploration de la poche démontra qu'elle était remplie de caillots. Notre collègue recherchant alors les annexes, nous dit qu'à droite elles étaient perdues dans un magma de caillots ; à gauche, elles étaient facilement accessibles, mais l'ancienneté des lésions dont elles étaient le siège, engagea M. Potherat à pratiquer de suite l'hystérectomie vaginale.

J'aurai tout à l'heure à discuter devant vous la valeur de cette opération, mais je tiens dès à présent à formuler des réserves sur la possibilité de l'examen des annexes dans les conditions indiquées.

Tout en rendant hommage à son habileté, notre excellent collègue nous permettra bien de lui dire combien cet examen doit être difficile et combien il me paraît délicat d'en tirer des conclusions qui doivent aboutir chez une jeune femme au sacrifice de l'utérus.

J'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas de grossesse extra-utérine que j'ai opérés soit par incision vaginale, soit par laparotomie.

J'ai cherché les annexes soit avec les doigts, soit avec les yeux. J'avoue que cette recherche est toujours restée sans résultat. Mais je me hâte d'ajouter que l'opérateur rencontra dans le cas actuel une lésion des annexes.

Quoi qu'il en soit, M. Potherat se décida à une hystérectomie

vaginale, qui se fit d'ailleurs avec la plus grande facilité. Il s'écoula alors une quantité considérable de caillots, et l'on put recueillir un fœtus de 8 à 10 centimètres de long, avec un cordon très grêle se rattachant à un placenta non altéré qu'il fallut détacher des anses intestinales sur lesquelles il était greffé.

Les annexes furent successivement enlevées à droite et à gauche. J'ai déjà dit que les annexes étaient altérées du côté gauche, mais je regrette que M. Potherat n'ait pas décrit les lésions constatées ; à droite, il existait une poche, de notable étendue, formée par la trompe, et qui avait dû évidemment être le siège primitif de la grossesse extra-utérine.

Les suites opératoires furent très simples ; la malade rentrait chez elle complètement rétablie cinq semaines après l'opération.

La troisième et dernière observation est relative à une malade que notre collègue opéra dans le service de M. le Dr Bouilly.

Les notes qui ont servi à la rédaction de l'observation ont été fournies par M. Raffray, interne du service.

Il s'agit d'une femme de 30 ans qui devint enceinte pour la première fois à 22 ans et accoucha à huit mois d'un enfant vivant.

Sa santé resta excellente jusqu'au début de l'année 1894. Les époques se suspendirent pour la première fois en février et la malade ressentit quelques troubles digestifs et des nausées qui lui firent croire à une grossesse.

Au début du mois de mars, après quelques jours de fatigue, elle est prise tout à coup de vomissements alimentaires, puis bilieux et de coliques tellement violentes qu'elle est forcée de s'aliter dans la maison où elle travaille. Elle y reste cinq semaines.

Au bout de ce temps, les vomissements ont cessé, mais les nausées persistent ainsi que le ballonnement du ventre ; il y a du malaise, de l'insomnie, une inappétence rebelle, enfin un amaigrissement rapide.

Elle se décide alors à entrer à l'hôpital dans un service où l'on pose le diagnostic de grossesse. Après un séjour assez long survient une amélioration, la malade rentre chez elle, mais bientôt les accidents reparaissent et, le 2 août, elle entre dans le service de M. Bouilly.

Cette malade est affreusement émaciée, les fonctions digestives se font difficilement et les douleurs sont toujours très vives.

Le ventre est soulevé par une tumeur développée dans la région de l'hypogastre, très appréciable à la vue et d'un développement asymétrique.

Cette tumeur arrondie remonte jusqu'au niveau de l'ombilic, mais tandis qu'à gauche elle atteint et dépasse même ce niveau puis s'arrondit en dehors et en bas pour redescendre vers le pubis, à droite elle s'élève notablement moins haut, tout en s'arrondissant aussi en dehors pour s'unir à la précédente en gagnant la région sus-pubienne.

La palpation permet de reconnaître qu'en réalité elle est formée de

deux parties, droite et gauche, distinctes en haut mais réunies plus bas et séparées superficiellement par une sorte de sillon vertical. Les deux parties de cette tumeur ont des caractères bien différents.

Celle de gauche est plus volumineuse; sa surface est plus nettement régulière, plus lisse. Elle est molle, fluctuante, à la façon d'un kyste peu tendu. La peau est très mince à son niveau. La main appliquée à plat sur elle, perçoit aisément les mouvements actifs d'un fœtus. En bas et près de la ligne médiane, il existe un souffle placentaire d'une intensité exagérée, mais en aucun point on ne peut entendre le battement du cœur.

La tumeur droite, au contraire, est de consistance très dure. Par moment, cette consistance augmente considérablement et donne la sensation d'un utérus qui se contracte au cours d'un accouchement.

Le toucher vaginal fournit les renseignements suivants : le col est haut placé, situé derrière le pubis et un peu à droite, regarde en bas et à gauche. Il est dur; son orifice largement ouvert laisse facilement pénétrer l'index qui entre à 3 ou 4 centimètres sans rien rencontrer devant lui.

La masse que nous avons constatée à droite par la palpation abdominale se continue avec le col sans interruption.

Derrière le col, le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse dure, arrondie, qui n'est autre qu'une tête de fœtus.

Les mouvements qu'on imprime à cette tête se transmettent à la tumeur gauche.

Dans ces conditions, M. Potherat put établir le diagnostic de la façon suivante : à droite, l'utérus se contractant isolément et à vide; à gauche, un fœtus situé en dehors de l'utérus et disposé de telle façon qu'il a la tête dans le cul-de-sac de Douglas et les membres inférieurs en haut.

M. Potherat croit que la grossesse est arrivée à sept mois.

L'intervention paraissait urgente, néanmoins notre collègue, désireux d'avoir un fœtus viable, résolut de surseoir à l'opération, tout en surveillant de très près la malade.

Au bout de quinze jours, la faiblesse était devenue telle que M. Potherat ne crut pas pouvoir différer davantage et mit à exécution le plan suivant :

Laparotomie médiane. Ouverture du sac fœtal, en évitant autant que possible le placenta. Extraction rapide du fœtus. Marsupialisation du sac, sans chercher à extraire le placenta. Tamponnement de la poche.

Le 4 septembre, assisté de MM. Auvard et Potocki, et des deux internes du service MM. Raffray et Lefeter, M. Potherat fit une incision médiane verticale et arriva, après l'incision du péritoine, sur une poche très mince, translucide en bas, mais épaisse, bleuâtre et violacée en haut, indice certain de la présence en ce point du placenta.

Après avoir pris les précautions ordinaires pour éviter l'effusion du liquide dans la cavité péritonéale, notre collègue incisa le sac en bas en avant.

Le liquide amnotique s'écoula, le fœtus fut saisi avec la main et

extrait, après la section du cordon, entre deux pinces hémostatiques.

La poche évacuée, il fut facile de voir que le placenta occupait en haut, en arrière et en bas, jusque dans l'excavation, une très large surface.

Dans le but de se rendre compte des connexions du sac avec la fosse iliaque gauche et avec les intestins qui faisaient saillie sous sa paroi, le placenta fut attiré légèrement au dehors et déjà il avait été décollé dans une notable étendue lorsqu'une hémorrhagie abondante survint. Comme le sang s'écoulait en masse et qu'il n'était pas possible d'amener l'hémostase avec les pinces, M. Potherat se contenta d'établir une compression, à l'aide de la gaze iodoformée, sur toute la surface décollée, compression qui produisit l'arrêt presque instantané de l'écoulement. Puis il sutura le sac en bourse au pourtour de la partie inférieure de l'incision abdominale et bourra sa cavité avec de la gaze. Le reste du pansement fut disposé comme à l'ordinaire.

L'opération n'avait pas duré cinquante minutes. L'enfant, qui pesait un peu moins de 1,400 grammes, survécut grâce à l'usage de la couveuse, mais succomba au bout de quatre mois à des phénomènes d'atrepsie.

Pour la mère, les suites ne présentèrent rien de notable à signaler.

Le placenta se ratatina peu à peu et se disposa en champignon. Je tiens à signaler ce fait qu'il se fit un suintement séreux très abondant et que, malgré des lavages copieux et quotidiens, il se produisit des signes de septicémie, signalés par notre collègue avec la meilleure bonne foi ; deux fois, le 9e et le 11e jour, la température monta à 39°,6 et 39°,7 le soir, en même temps qu'apparaissait une diarrhée très abondante et qui dura près de quinze jours.

Le 13e jour, la température tomba définitivement à 37°.

Le 18e jour, le placenta était évacué en totalité ; la poche commençait à se rétrécir, la diarrhée avait cessé. A partir de ce moment, le rétablissement de la malade se fit avec la plus grande rapidité. Le 2 décembre, elle quittait le service complètement guérie.

Messieurs, les trois observations que j'ai résumées aussi brièvement que possible, font le plus grand honneur à la sagacité clinique et à l'habileté opératoire de notre collègue, et je ne manquerai pas de le féliciter devant vous, du résultat heureux qu'il a obtenu chez ces trois malades.

Mais l'exposé de ces observations soulève des questions de pratique fort importantes, que nous ne pouvons laisser passer sous silence.

La grossesse intra-utérine se présente en effet à chaque pas dans la pratique de la gynécologie avec des difficultés de diagnostic et de traitement toujours renouvelées.

Malgré le grand nombre de cas publiés, l'intervention reste encore entourée des plus grandes incertitudes.

L'étude de cette intéressante affection a été souvent mise à l'ordre

du jour des Congrès de gynécologie : elle n'a pas encore été discutée au sein de notre Société.

N'appartient-il pas cependant à ceux de nos maîtres ou de nos collègues, qui possèdent une grande expérience de la chirurgie abdominale et de la gynécologie, de discuter, sinon de résoudre, les points les plus obscurs de cette importante question chirurgicale.

Permettez-moi donc, messieurs, de prendre prétexte des observations qui vous sont soumises, pour discuter, ou tout au moins pour poser devant vous les termes de quelques-uns des problèmes que soulèvent la question de la grossesse extra-utérine.

Il peut être banal de dire que pour juger la valeur des divers modes d'intervention à opposer à une affection chirurgicale déterminée, il est important tout d'abord de bien s'entendre sur la définition même de l'affection, de façon à ne pas s'exposer à comprendre sous la même dénomination une série d'affections différentes et justiciables d'interventions diverses.

Rien n'est plus utile à signaler cependant dans l'affection qui nous occupe, et je ne crains pas d'affirmer ici qu'on a fait depuis quelques années un étrange abus de la dénomination de grossesse extra-utérine.

Je crois, comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire ici à propos d'une autre discussion, qu'on doit, à une époque où la thérapeutique chirurgicale prend une extension de plus en plus grande, subordonner les dénominations nosographiques aux exigences de l'intervention sanglante et ne plus les faire dépendre aussi étroitement que jadis, des données de la pathogénie et de l'anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique confirmant une donnée qu'on a peut-être abusivement attribué à Gallard, a démontré que les hématocèles procédaient d'une grossesse extra-utérine, à preuve les fœtus qu'on rencontre parfois et les villosités choriales qu'on rencontre presque toujours, à défaut de fœtus, dans la paroi kystique.

Mais de ce que l'hématocèle dérive d'une grossesse extra-utérine, on n'en doit pas conclure qu'hématocèle et grossesse extra-utérine sont deux termes synonymes.

L'hématocèle est justement l'accident qui arrête l'évolution de la grossesse par un mécanisme sur lequel je n'ai pas à insister ici.

Quoi qu'il en soit, entre l'hématocèle et la grossesse extra-utérine — et j'exclus à dessein du cadre de l'hématocèle, l'hématocèle cataclysmique, dénomination vicieuse à mon sens appliquée par les auteurs à l'inondation du péritoine provoquée par la rupture du sac dans la grossesse extra-utérine à, généralement, une période avancée de son évolution — existe cette distinction fondamentale que la vie

du fœtus continue dans l'une, tandis qu'elle se trouve arrêtée dans l'autre. Ce sont bien, si vous le voulez, deux étapes d'une même évolution physiologique, ou mieux peut-être la même évolution physiologique au début : mais cette évolution, dans la première, s'est trouvée arrêtée par un incident pathologique ; dès lors la notion de grossesse dans celle-ci n'intervient plus qu'à titre pathogénique ; ce n'est plus qu'une donnée intéressante au point de vue de la genèse de l'affection. D'ailleurs le même traitement n'est pas applicable aux deux états, et cette simple considération suffit bien pour distinguer deux lésions qui ont le même point de départ mais qui suivent une évolution toute différente.

Si j'insiste, messieurs, sur cette question de terminologie, c'est que les bulletins de notre Société sont depuis quelques années remplis de faits désignés sous le nom de grossesse extra-utérine et qui ne sont, de l'aveu même des présentateurs, que des hémato-salpinx dans la paroi desquels le microscope a décelé une ou plusieurs villosités choriales.

Cette erreur est tellement répandue que dernièrement encore, au 9e Congrès de chirurgie, notre distingué collègue Reynier, dans une communication fort intéressante et très écoutée, réunissait à tort selon nous, ces deux ordres de faits, en amenant une confusion contre laquelle M. Bouilly et moi, nous nous sommes élevés avec force.

Notre collègue, M. Potherat, est tombé dans la même erreur, en nous présentant trois cas de grossesse extra-utérine, dont un seul (le dernier) me paraît légitime.

Je crois, en résumé, que la question du traitement de la grossesse extra-utérine ne pourra s'éclairer qu'en éliminant résolument de son cadre les anciennes hématocèles, qui ne se sont élevées au rang des grossesses extra-utérines que par les progrès de l'anatomie pathologique et microscopique, et dans lesquelles on ne trouve le plus souvent aucun fœtus (1er cas de Potherat) ou un petit fœtus macéré.

Je crois encore qu'il faut rejeter hors de l'étude de a grossesse extra-utérine, envisagée au point de vue chirurgical, ce qu'on appelait autrefois les kystes fœtaux, c'est-à-dire des grossesses extra-utérines ayant évolué jusqu'à six, sept mois et plus, et qui se sont arrêtées pour des causes qui nous échappent.

Ce sont encore là des grossesses arrêtées dans leur évolution, non tout à fait au début, comme après l'hématocèle, mais à une époque voisine de leur terme physiologique.

Des auteurs éminents, M. Pinard en particulier, n'ont pas cru devoir faire distinction, et cependant la nature de leur contenu (pus, fœtus macéré ou squelette), l'absence de toute vasculation

placentaire, font cependant de ces kystes fœtaux, au point de vue thérapeutique, une affection bien à part, et l'on ne peut, en vérité, présenter sur le même plan le traitement qui leur convient et celui qu'il faut appliquer à la grossesse extra-utérine vraie, ni surtout les totaliser en masse pour justifier tel ou tel traitement applicable à la grossesse en évolution.

La question de terminologie étant une fois pour toutes bien établie, je crois qu'il devient facile d'aborder l'étude thérapeutique de la grossesse utérine et de fixer, pour chaque variété, le mode de traitement qui lui convient.

Nous envisagerons dès lors successivement la grossesse extra-utérine évoluant normalement et la grossesse extra-utérine compliquée.

GROSSESSE NORMALE

Au point de vue chirurgical, il est indispensable d'envisager la grossesse extra-utérine dans son évolution normale, à l'époque où le fœtus n'est pas encore viable, c'est-à-dire au 2e, 3e et 4e mois, et à l'époque de la viabilité, c'est-à-dire dans les mois qui suivent.

Aujourd'hui le principe de l'intervention est admis, je crois, par tous les chirurgiens : je ne veux pas revenir ici sur les interminables discussions soulevées par les accoucheurs, et je pense que s'il est une vérité bien établie à notre époque, c'est qu'il faut opérer la grossesse à ses débuts, selon la formule de Wœrth, comme une tumeur abdominale quelconque, et qu'il faut de plus intervenir par la laparotomie.

Je ne saurai admettre l'hystérectomie vaginale dans ces cas, sauf peut-être dans la grossesse tubo-interstitielle (1er cas de Potherat), variété qui peut créer de réelles difficultés au point de vue hémostatique.

Quant, au contraire, la grossesse a dépassé le 4e ou le 5e mois, la question du fœtus doit se poser, mais il s'agit de savoir dans quels termes.

De nombreuses discussions ont eu lieu à ce sujet, discussions oiseuses et que je me garderai bien encore de reproduire devant vous.

Ainsi que je l'ai dit formellement dans la thèse de mon élève E. Regnault (*Thèse doctorat*, 1891), l'intérêt de la mère doit toujours primer celui de l'enfant.

Il me semble qu'au Congrès de Bruxelles les chirurgiens se sont montrés trop conservateurs au point de vue de l'enfant.

Je ne crois pas qu'on ait plus le droit de faire courir à la mère des dangers, pour l'existence plus ou moins hypothétique de l'enfant, que d'attendre toujours la mort du fœtus, comme le veut tout

une école d'accoucheurs, pour obtenir l'arrêt définitif de la circulation placentaire, d'autant plus que le professeur Pinard dit lui-même qu'il faut au moins, pour obtenir ce résultat, attendre six semaines après la mort du fœtus. Cette pratique est pleine de dangers, elle expose aux ruptures, à l'hémorrhagie et à la septicémie.

C'est en suivant d'ailleurs cette pratique que M. Pinard a perdu sa sixième malade atteinte de grossesse extra-utérine avec fœtus vivant, et chez laquelle se produisit une rupture du kyste au 6e mois.

Une laparotomie faite d'urgence ne put la sauver ; il est vrai que l'éminent accoucheur suivit une technique spéciale et sur laquelle nous reviendrons ultérieurement.

Je crois qu'on peut résumer simplement ce qui a trait à la conduite à tenir dans les cas de grossesse ayant évolué jusqu'au 5e mois et au delà, en établissant, et je m'appuie sur l'autorité même de notre distingué collègue et maître, M. Bouilly, qu'on peut attendre jusqu'au 7e ou 8e mois si le fœtus est vivant, *à la condition expresse* que la grossesse ne s'accompagne pas d'une dénutrition générale trop grande ou de douleurs abdominales violentes. Comme je l'ai encore dit dans le thèse de Regnault, la question de l'enfant, ne doit se poser que lorsqu'elle ne soulève aucun danger pour la mère. C'est ainsi que dans le troisième cas de M. Potherat, je crois que notre collègue aurait pu avec avantage opérer de suite, bien qu'il ait sauvé sa malade, plutôt que de différer son intervention pendant quinze jours.

M. Pinard nous dit aussi, que dans ses trois premiers cas (Pinard *loco citato*), les femmes avaient un état général mauvais, un amaigrissement notable, du purpura, une élévation de la température, un pouls fréquent. Or, je répète, qu'il est à mon sens dangereux de différer dans ces conditions.

Passé cette date de 7 à 8 mois, contrairement à une opinion trop répandue et conformément encore à l'opinion de M. Bouilly, le fœtus doit être extrait vivant par la laparotomie.

Je me sépare encore sous se rapport de l'opinion des accoucheurs et j'en ai donné plus haut les raisons.

Reste alors la question du mode d'intervention.

L'élytrotomie pour laquelle je vous propose le terme définitif et plus simple de colpotomie, est une opération qui a été souvent recommandée dans ces cas, mais que je n'hésite pas à déclarer bien inférieure à la laparotomie. Si elle peut, comme je le dirai plus loin, être avantageuse dans l'hématocèle ou dans des cas de grossesse interrompue par la mort du fœtus, comme dans les cas publiés par M. Pinard (obs. 1 et 8 de son mémoire) elle ne saurait réellement être préconisée dans le cas qui nous occupe.

D'ailleurs les statistiques sont lamentables ; Orillard dans sa

thèse rapporte trois cas de Burns terminés par la mort et combien d'autres encore je pourrais vous citer.

Les arguments qu'on a voulu introduire en sa faveur, à savoir l'absence d'éventration et la non ouverture du péritoine, s'ils ont une réelle valeur dans les suppurations pelviennes, sont de mince importance dans ce cas particulier quand on songe à la possibilité d'hémorrhagies redoutables et contre lesquelles on reste le plus souvent impuissant.

Lawson Tai a écrit justement cette phrase qu'il convient de se rappeler : « Il m'a suffit, dit-il, d'un cas pour fixer mon jugement à cet égard et il ne m'arrivera plus jamais dans quelque circonstance que ce soit, d'attaquer une grossesse sous-péritonéale par le vagin. »

C'est une méthode que condamnent les statistiques et aussi le bon sens.

GROSSESSE COMPLIQUÉE

Nous n'avons encore envisagé jusqu'ici que la grossesse évoluant normalement, mais quand elle est arrêtée dans son évolution par un acccident pathologique, la conduite à tenir doit différer selon l'âge de la grossesse et la nature ou plutôt la gravité des accidents.

L'accident toujours à craindre est, vous le savez, la rupture avec hémorrhagie consécutive.

Or, quand la rupture est accompagnée des phénomènes graves de l'hémorrhagie interne, elle doit être traitée d'urgence par la laparotomie ; c'est le seul moyen efficace à lui opposer et auquel je dois un succès rapporté par Regnault dans sa thèse (V. p. 72),

Il s'agissait d'une femme de 39 ans, venue à l'hôpital Pascal dans le service de M. Pozzi, que j'avais l'honneur de suppléer. Cette femme avait été prise subitement d'une douleur abdominale violente, de vomissements abondants avec ballonnement du ventre et refroidissement des extrémités c'est dans ces conditions qu'elle avait été apportée à l'hôpital. Je fis d'urgence la laparotomie qui me démontra l'existence d'une véritable inondation sanguine péritonéale. En plongeant la main dans le ventre, je retirai un fœtus de cinq mois. La malade guérit rapidement.

Messieurs, c'est ici le lieu de vous parler de la conduite à tenir vis-à-vis du placenta. Les controverses sont nombreuses sur ce point.

Dans la thèse de Regnault, j'avais beaucoup insisté sur la nécessité d'enlever de suite le kyste fœtal et le placenta. J'inspirai la même opinion à Orillard, alors mon interne. C'est en effet la conduite la plus brillante, la plus chirurgicale, mais est-ce la plus

prudente ? Je dois dire que mes idées se sont un peu modifiées depuis à cet égard sous l'influence de mes lectures, et aussi à la suite de conversations souvent renouvelées avec mes maîtres et mes collègues.

J'avais été naturellement très impressionné par deux cas personnels rapportés dans la thèse de Regnault et qui furent pour moi deux succès; de plus, dans la plupart des observations rapportées par M. Pinard dans son mémoire, sont signalées des températures élevées durant jusqu'à l'élimination spontanée du placenta, températures qui attestent bien une infection consécutive ; mais de l'avis même des gynécologistes les plus expérimentés ces accidents septiques et les hémorrhagies secondaires qui en sont parfois la conséquence peuvent être facilement évités et d'autre part les hémorrhagies qui se produisent au cours de l'opération sous l'influence du décollement placentaire, sont parfois formidables et impossibles à arrêter.

Il faut également songer à ce fait important que vers le huitième mois, la grossesse extra-utérine est presque toujours devenue abdominale par suite de la rupture ou de la résorption de la paroi du kyste et que dans ces conditions le placenta peut avoir contracté avec l'intestin des adhérences impossibles à détacher.

C'est l'avis de M. Bouilly auquel je me range bien volontiers ; il convient donc de pratiquer, si elle est possible, la marsupialisation selon la technique de mon maître, M. Pozzi, mais surtout de laisser le placenta en place et de surveiller son élimination aseptique. C'est la conduite qu'a suivi dans son troisième cas notre collègue Potherat. Mais tout autre à mon avis est le cas ou une hémorrhagie interne s'est produite par rupture spontanée du kyste fœtal comme dans l'un de mes deux cas (voir thèse Regnault). Les symptômes sont le plus souvent très graves.

Une laparotomie est pratiquée d'urgence, le péritoine est inondé de sang. La rupture est donc évidente, mais son siège est le plus souvent impossible à trouver. Il n'y a plus à éviter la production d'un hémorrhagie comme précédemment ; elle existe et est considérable et c'est le décollement placentaire spontané qui en est la cause. Il faut donc de toute nécessité achever le décollement du placenta, enlever le kyste selon la pratique de Breisky, qui l'a appliqué le premier et ne s'arrêter qu'en cas d'impossibilité absolue.

C'est à mon avis, la seule conduite rationnelle, car c'est la raison d'être de l'intervention, et c'est ainsi que j'ai sauvé ma malade. J'avais bien arrêté le torrent sanguin en appliquant une pince sur la corne utérine correspondante, pratique déjà suivie par von Strauch et Martin, et qu'approuve M. Bouilly, mais on me concédera bien

que l'hémostase ne peut dans ces cas devenir définitive que par l'ablation du kyste et du placenta.

Dans le cas malheureux cité par M. Pinard (obs. 6 de son mémoire) cette manière de faire eût pu modifier, peut-être, le résultat final.

En dehors d'autres conditions fâcheuses, et qui rendaient, je dois le dire, son cas particulièrement mauvais, il est clair que l'abandon du kyste et du placenta, devait fatalement aboutir à la mort de sa malade.

Enfin, Messieurs, dès le début de la grossesse extra-utérine, quand la rupture a donné lieu à la formation d'une hématocèle rétro-utérine, que convient-il de faire?

Je me hâte de dire que je ne puis admettre l'hystérectomie vaginale, pratiquée par M. Potherat dans sa deuxième observation, sauf peut-être dans le cas où, comme celui de notre collègue Charles Nélaton, la collection était si haut placée qu'elle était en réalité inaccessible.

L'affection étant toujours unilatérale, il est en effet inadmissible qu'on pratique dans ces cas une opération aussi mutilante. C'est ce que j'ai eu l'occasion de répondre à M. Reynier au 9e Congrès de chirurgie, à la suite de son intéressante communication.

Jusqu'alors, Messieurs, j'avais eu constamment recours à la laparotomie, dans les cas diagnostiqués d'avance, suivant la pratique recommandée par Reynier au Congrès. Parfois, quand une collection venait à déprimer fortement le cul-de-sac postérieur, il m'est arrivé de l'inciser, croyant à l'existence d'une collection purulente, et cédant à une indication urgente (douleurs vives et fièvre violente).

Je dois dire que rarement je fus satisfait de ce mode d'intervention, et que j'observai souvent des infections secondaires de la poche nécessitant ultérieurement l'hystérectomie vaginale.

Dans un cas récent que j'eus le bonheur, pour mon instruction personnelle, d'observer avec M. Bouilly, j'ai été converti par les arguments qu'il a si judicieusement développés au 9e Congrès de chirurgie, à une pratique déjà suivie par Gusserow et Routier et excellemment exposée par mon maître, M. Pozzi, dans son traité. Tous en effet se résume à une incision large et à une antisepsie rigoureuse.

Les inconvénients de la colpotomie dans la grossesse extra-utérine n'existent pas ici, car l'hémorrhagie n'est pas à craindre.

Dans le cas auquel je viens de faire allusion, il s'agissait d'une jeune femme de 19 ans, atteinte d'une hématocèle consécutive à la rupture d'une grossesse tubaire.

L'incision fut faite d'après les indications qu'il voulut bien me

donner, j'évacuai aussi complètement que possible les caillots, je pratiquai moi-même le lavage quotidien de la poche. Au bout de quinze jours, cette jeune femme était complètement et définitivement guérie, sans avoir jamais présenté la moindre élévation thermique. Qui pourrait, en présence d'un tel résultat, ne pas reconnaître les avantages de cette méthode sur la laparotomie, considérée d'ailleurs par Pozzi comme une méthode tout à fait exceptionnelle. La laparotomie sous-péritonéale seule pourrait dans quelques cas lui être préférée.

Je ne vous parlerai pas ici du traitement qu'il convient d'appliquer aux grossesses extra-utérines anciennes, et terminées par suppuration et macération plus ou moins complète du fœtus.

Dans ce cas, comme je l'ai dit plus haut, l'absence de toute circulation spéciale ne permet plus de les considérer comme des grossesses extra-utérines auxquelles elles ne se rattachent que par leur genèse. Leur histoire thérapeutique est ailleurs.

Telles sont, Messieurs, les considérations que je désirais vous présenter sur le traitement de la grossesse extra-utérine.

Je serai heureux si elles ont pu attirer un instant votre bienveillante attention et provoquer de votre part des observations importantes qui pourront faire avancer, sinon fixer d'une manière définitive cette question si complexe de la grossesse extra-utérine.

Messieurs, je vous propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur; 2° de déposer son travail dans nos archives; 3° de l'inscrire dans un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Discussion.

M. Régnier. — M. Picqué a traité deux questions : 1° le diagnostic et les accidents de la grossesse extra-utérine; 2° le traitement de la grossesse extra-utérine et de ses accidents.

Jusqu'au cinquième mois, il est difficile de différencier une grossesse avec fœtus d'une grossesse sans fœtus. Au début, il y a des accidents hémorrhagiques dans les deux cas, tuméfaction du sein et sécrétion lactée dans de simples grossesses tubaires. Quand, dans ces conditions, je vois survenir une hématocèle, je ne sais, si dans le sang épanché, je trouverai ou non un fœtus. C'est pour cela que j'ai confondu ces cas; tous les auteurs allemands font la même confusion. Il serait très utile de faire cliniquement cette distinction, cela me paraît impossible. Reste la question de traitement : deux voies, la voie abdominale et la voie vaginale. Je me suis prononcé pour la première.

L'incision large du vagin offre cet inconvénient d'être une opération incomplète, on laisse les annexes en place.

Depuis ma communication, j'ai observé trois hématocèles : pour l'une, j'ai fait la laparotomie ; pour les deux autres, l'incison vaginale.

Dans le premier cas, la collection était en avant de l'utérus, j'ai dû remonter ; il y eût à la suite des phénomènes d'infection malgré les lavages ; au bout de deux mois, j'ai dû pratiquer une hystérectomie vaginale incomplète.

Chez une seconde malade, en état de shock, j'ai fait un traitement médical : au bout de quinze jours, je pratiquai l'incision vaginale et vidai une énorme cavité pleine de sang. Je fis des lavages et extrai les caillots. A la suite de cette opération, il ne survint aucun accident, mais je pense avoir laissé une annexe tuméfiée et malade et la femme est sortie non guérie de la cause de son hématocèle.

Dans le troisième cas, j'ai pratiqué la laparotomie et découvert une grossesse tubaire rompue sans fœtus.

J'ai enlevé la trompe et fait une opération complète.

M. L. Championnière. — Cette question soulevée par M. Picqué a été déjà traitée ici, la question de diagnostic prime tout. La moitié des cas de grossesse extra-utérine opérés sont des erreurs de diagnostic malgré les examens les plus minutieux. Ainsi, une grossesse, associée à un fibrome, simule la grossesse tubaire. Il est impossible de baser le traitement de la grossesse extra-utérine sur l'établissement d'un diagnostic insoluble ; il y a une chose certaine, c'est que les opérations faites par le vagin ont l'inconvénient de s'adresser à des choses sur lesquelles on ne peut avoir d'opinion préconçue. Certains sujets ont des développements vasculaires considérables, le fœtus peut être adhérent à la poche au point de ne pouvoir être extrait. Quand on pratique la laparotomie, il faut enlever tout ce qui est malade, poche et annexes ; si cette extraction est impossible, on se résout à la marsupialisation, mais c'est une opération de nécessité, incomplète et moins satisfaisante, j'ai présenté, il y a une dizaine d'années, deux observations de cet ordre. Chez l'une d'elles, l'hémorrhagie était très abondante, j'ai obtenu la désinfection en versant et en laissant dans la poche la valeur d'un encrier de goudron. Dès qu'on a la notion d'une grossesse extra-utérine, il faut sacrifier l'œuf et ne pas se laisser séduire par l'espoir de mener une grossesse à terme.

Présentation de pièces.

Hydronéphrose intermittente droite, chez un homme, à coudure fixe de l'uretère. Néphrectomie, Guérison.

M. Tuffier. — La pièce que je vous présente a été enlevée par néphrectomie, le 21 novembre 1895, sur un homme de 35 ans, entré dans mon service de la maison Dubois. Les accidents de pseudo-coliques néphrétiques remontaient à huit ans et, depuis trois mois, ils étaient devenus subnitrants. Je profitai de l'intervalle de deux crises pour l'opérer. L'incision lombaire me conduisit sur une poche flasque du volume de deux poings, bilobée, un des lobes était constitué par le rein et l'autre par le bassinet distendu. La tumeur isolée, je pus voir la coudure urétérale à la partie postérieure de la tumeur. L'impossibilité de redresser la courbure. Je tentai l'opération de Finger, mais des noyaux grisâtres, paraissant suppurés à la surface du rein, m'y firent renoncer et je fis la néphrectomie. Mon malade guérit après une réunion par pression. J'ai eu de ses nouvelles le 18 janvier 1896, il n'a jamais souffert depuis son opération.

Sur cette pièce, vous voyez le rein représenté par une coque mince d'environ 3 millimètres, et le bassinet à peu près du même volume, l'uretère que j'ai coupé à 2 centimètres au-dessous de la coudure est normal à ce niveau. La coudure est située à 1 centimètre au-dessous du bassinet et elle est formée par la réflexion de l'uretère sur la branche inférieure de l'artère et de la veine rénale. *La concavité de cette coudure est à cheval sur ces vaisseaux.* Cette coudure est maintenue fixe partiellement par des tractus celluleux qui unissent ses deux portions ascendantes et descendantes.

L'examen bactériologique du rein et de l'urine contenu dans le bassinet a été fait par M. Voisin, interne du service. L'examen histologique a été pratiqué par M. Macaigne, chef du laboratoire de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris. Le contenu et le contenant étaient aseptiques. La pièce ouverte : on constate que la perméabilité *partielle* n'existe dans l'uretère qu'à condition d'exercer une forte traction en haut du bassinet.

Présentations de malades.

Pseudarthrose de l'humérus traitée par la résection des fragments et la suture métallique.

Par M. BERGER.

Le malade que présente M. Berger avait été atteint d'une fracture comminutive du tiers supérieur de l'humérus, déterminée par le passage d'une roue de voiture, le 12 mai 1893. En raison de l'abondance de l'épanchement sanguin, du gonflement énorme du membre, de quelques lésions superficielles de la peau, ce ne fut que le neuvième jour que le membre fut placé dans un appareil plâtré, appliqué par M. Hennequin ; une dizaine de jours après, survint une élévation notable de la température, le gonflement augmenta ; et, l'appareil ayant été enlevé, on put constater la suppuration du foyer sanguin déterminé par l'écrasement. On en pratiqua l'ouverture et le drainage, le membre fut provisoirement maintenu au moyen de quelques attelles plâtrées, et le trente-deuxième jour environ, la fièvre ayant disparu et la suppuration étant peu abondante, on réappliqua un nouvel appareil Hennequin. Quand on retira ce dernier, au bout de trente autres jours, il n'y avait qu'un commencement de consolidation; les ouvertures étaient fermées, mais bientôt se produisit un petit abcès qu'il fallut inciser. On remit un troisième appareil Hennequin qui fut laissé trente-cinq jours en place. Au bout de ce temps, la consolidation parut suffisante, et le blessé fut envoyé à Vincennes. Là, un nouvel abcès se produisit et fut ouvert : il en sortit une esquille longue de 1 centimètre environ, et l'orifice qui lui donna passage resta fistuleux. Peu de temps après, en travaillant, le malade sentit tout à coup une fracture se produire, et aussitôt réapparurent de la mobilité anormale et de la crépitation.

Le 28 novembre 1893, M. Berger incisa largement le foyer de la fracture, rugina les fragments, put constater qu'il n'y avait aucune interposition ; et, ayant mis les fragments au contact, il plaça le membre dans un appareil plâtré qui fut laissé cinquante jours : à ce moment, la consolidation paraissait effectuée; l'opéré quitta l'hôpital Lariboisière en février 1894 et se remit au travail ; mais, le 16 mai, une fracture nouvelle se produisit, et, à partir de ce moment jusqu'en mars 1895, malgré l'application de plusieurs appareils, aucune consolidation ne se produisit. A ce moment, à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de la diaphyse humérale, existait une pseudarthrose jouissant d'une mobilité telle que l'humérus se pliait à angle aigu au niveau de l'ancienne fracture. L'inaptitude fonctionnelle du membre était complète.

Le 1er avril 1895, à la Pitié, M. Berger incisa de nouveau le foyer de cette pseudarthrose; les fragments, amincis à leur extrémité et très atrophiés, étaient au contact, unis par un cal fibreux très court, très solide, mais leur laissant une grande mobilité. Ces fragments, ruginés avec soin, furent avivés de telle sorte que le fragment supérieur, taillé en V saillant, put être enclavé dans le fragment inférieur creusé en

V rentrant; puis deux points de suture, traversant toute l'épaisseur des deux fragments et placés perpendiculairement, l'un transversalement, l'autre d'avant en arrière, fixèrent les extrémités osseuses au moyen de très gros fils d'argent.

Malgré un peu de suppuration, la consolidation se fit et était complète au bout de deux mois; les fils métalliques ne furent retirés qu'en novembre 1895. Depuis lors, la consolidation s'est maintenue, quoique les fragments fassent entre eux un certain angle dépendant de la déviation en avant du fragment supérieur; le membre est très solide et jouit de tous ses mouvements.

Cette observation est intéressante :

1° Comme un exemple de suppuration d'une fracture non compliquée de plaie ;

2° A cause des deux fractures itératives qui se produisirent alors que la consolidation paraissait assurée depuis un certain temps ;

3° A cause de la grande mobilité dont jouissait la pseudarthrose, quoique les fragments fussent unis par un ligament interosseux très court et très serré ;

4° Enfin, parce qu'elle est un nouvel exemple de l'efficacité de la suture métallique dans le traitement des pseudarthroses de l'humérus. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'une première opération, consistant dans l'avivement et la mise au contact des fragments, avait échoué, et que l'atrophie des extrémités osseuses et celle des parties molles environnantes plaçait le membre dans les conditions les plus désavantageuses pour une réparation.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

QUÉNU.

Séance du 22 janvier 1896.

Présidence de M. TH. ANGER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

Suite de la discussion sur la grossesse extra-utérine.

M. Routier. — Dans la discussion que vient de soulever M. Picqué à propos du traitement de la grossesse extra-utérine, il y a, ce me semble, plusieurs points à signaler.

Tout d'abord, je ferai bon marché de ces cas particuliers de grossesse ectopique, arrivés au moment où le fœtus est viable; nous sommes tous d'accord, je crois, sur leur traitement, c'est la laparotomie avec suture des parois de la poche aux parois abdominales, ou plus élégamment, la marsupialisation, opération de nécessité, comme le disait si bien notre collègue, M. Championnière. Le mot a été inventé après la chose, on ne parlait pas de marsupialisation quand j'opérai, il y a treize ans, mon premier kyste de l'ovaire. Mon excellent maître, M. Terrier, qui voulut bien m'assister, me fit marsupialiser ce kyste; nous faisions de la prose sans le savoir.

Je profite de la circonstance cependant pour dire que, très conservateur de la vie de la mère, je ne laisserai jamais évoluer jusque-là, c'est-à-dire jusqu'au 7e, 8e ou 9e mois, une grossesse ectopique que j'aurais reconnue.

Je ne parlerai pas non plus de ces cas de grossesse extra-utérine qui sont une surprise pour l'opérateur, il n'y a pas d'autre enseignement à en tirer que celui-ci : il faut être prêt à tout quand on ouvre un ventre pour en enlever une tumeur.

Je veux surtout attirer votre attention sur les deux ordres de faits qu'on semble avoir confondus et qui, d'après M. Reynier, ne peuvent pas être diagnostiqués, je veux dire les grossesses extra-utérines qui simulent une tumeur des annexes et, d'autre part, les hématocèles rétro-utérines ou cataméniales, tout en accordant que celles-ci sont sans doute des grossesses ectopiques arrêtées dans leur évolution, comme j'en ai eu plusieurs fois la preuve.

La grossesse ectopique se présente sous la forme d'une tumeur abdominale; dans ces cas, et j'en ai vu en assez grand nombre, on se trouve en présence d'une tumeur abdominale, à diagnostic difficile; est-ce un kyste simple, un fibrome, un kyste dermoïde, une salpingite, une grossesse ectopique?

Ce n'est que par l'étude attentive des phénomènes concomitants qu'on arrive à formuler son diagnostic ; ce ne sera peut-être pas toujours un diagnostic ferme, absolument précis, mais il s'approchera dans tous les cas assez près de la vérité pour nous conduire à une bonne thérapeutique.

C'est ainsi, en ne procédant pas autrement, que dans quatre

cas, j'ai pu affirmer la grossesse extra-utérine, l'opérer de bonne heure et sauver mes malades.

Dans un de ces cas, mon diagnostic fut confirmé par le professeur Tarnier, qui approuva l'intervention hâtive que j'avais conseillé et que j'exécutai.

Dans ces quatre cas, il s'agissait d'une tumeur abdominale ; j'ai fait la laparotomie et j'ai toujours pu enlever tout le kyste fœtal, contenant et contenu.

Dans le premier cas, la grossesse avait près de cinq mois ; la malade qui avait déjà eu deux enfants, après avoir cru faire une fausse couche en octobre, sentait remuer en novembre, et je crus à ce moment percevoir le ballottement dans le kyste.

J'ai dû intervenir, la grossesse étant encore en évolution ; la malade a guéri et a eu depuis une superbe petite fille.

Ma seconde devait avoir trois mois et demi environ ; elle avait rendu une caduque ; je voulais l'opérer, on hésita pendant quinze jours, et je l'opérai, pressé par quelques accidents péritonéaux.

Le kyste fœtal rompu était inclus dans une assez vaste poche d'hématocèle, au milieu de laquelle flottait la trompe très épaissie et dilatée dans sa partie externe qui faisait partie du kyste fœtal.

Cette hématocèle était abdominale dans la fosse iliaque droite et n'était limitée que par les intestins agglomérés, reliés entre eux par une très légère fausse membrane.

Le kyste fœtal rupturé qui était au centre était, au contraire, à parois épaissies, sauf au point de la rupture. Elle vient d'accoucher normalement.

Mon troisième cas ressemble assez au précédent. J'avais traité par le repos, sous curetage, une femme pour une métrite hémorrhagique en février et mars 1894.

Le 3 juillet, elle fut prise d'une douleur subite dans le ventre et vint demander un lit ; l'utérus était immobilisé par une assez grosse tumeur à gauche appartenant aux annexes ; je la surveillai plusieurs jours et l'opérai le 17. Cette fois, c'était la trompe qui s'était rompue près de son insertion à l'utérus, je vous ai présenté la pièce à l'époque ; il s'était ainsi formé une hématocèle autour de la grossesse ectopique.

Ces deux malades ont eu chacune un enfant depuis mon opération.

La dernière est une grossesse extra-utérine de trois mois, diagnostiquée aussi et enlevée par la laparotomie ; je l'ai revue en novembre dernier ; elle se croyait enceinte à nouveau, il n'en est rien.

Reste la classe, beaucoup plus nombreuse, de ce que nous appelons dans la pratique courante, les hématocèles rétro-utérines.

Je ne parlerai pas de celles qui sont, par un procédé quelconque, arrivées à la suppuration, bien que je sois convaincu que la plupart des gros abcès rétro-utérins ne reconnaissent pas d'autre origine; j'avais l'intention d'en parler au Congrès et j'avais pour cela réuni, avant octobre 1895, 126 cas d'ouvertures rétro-utérines tirées de ma pratique; pour des raisons spéciales je n'ai pu m'y rendre; je reviendrai là-dessus plus tard; mais je vous parlerai aujourd'hui de 24 cas d'hématocèles rétro-utérines d'où j'ai tiré des caillots noirs par l'incision du fond du vagin; sur ces 24 cas, trois fois j'ai trouvé un fœtus de 10, de 12 et de 15 centimètres.

Dans le premier cas, j'étais appelé auprès d'une dame qu'on croyait atteinte d'appendicite; dès mon premier examen, je dis hématocèle rétro-utérine et proposais de l'ouvrir, parce qu'il me semblait, d'après ce qu'on en racontait, que cette hématocèle durait depuis plusieurs semaines; mais les médecins, étant de la catégorie de ceux qui redoutent les opérations, m'obligèrent à surseoir.

Or, les symptômes péritonéaux reparurent et on me laissa agir; entre temps, cette tumeur que j'avais sentie tout à fait rétro-utérine, me parut s'être élevée dans l'abdomen ; je résolus cependant de l'attaquer par la voie vaginale.

La malade avait eu des enfants, avait eu ses règles, un peu déviées il est vrai ; je n'avais pas songé à la grossese extra-utérine, mais, au moment d'inciser le cul-de-sac, l'état mou et violacé du col me firent porter le diagnostic.

Le cul-de-sac du vagin ouvert, j'arrivai sur une tumeur que j'incisai, il sortit du sang en caillots et je tirai un fœtus de 12 centimètres dont le cordon se rompit.

L'hémorrhagie fut assez forte, mais je tamponnai le kyste lui-même dont j'avais, au toucher direct, reconnu les parois. Les suites furent des plus simples, le placenta s'élimina et la malade est aujourd'hui guérie.

Quelques jours après, dans mon service, je constatai tous les signes d'une hématocèle rétro-utérine chez une femme de 31 ans, multipare ; ses dernières règles étaient du 17 mars, nous étions au 30 mai.

Elle avait eu quinze jours auparavant une forte douleur dans le ventre et s'était alitée. Elle était enfin venue sous l'influence d'une poussée nouvelle. Tout en disant hématocèle, je me demandai si celle-ci n'était pas habitée.

Je fis une incision rétro-utérine et retirai un plein bassin de caillots noirs; je crus sentir un fœtus, mais ne pus le retrouver; comme elle avait eu une poussée aiguë l'avant-veille, je n'osai vider tous les caillots de peur d'hémorrhagie ; je mis deux drains et deux mèches iodoformées.

Tout n'alla pas aussi simplement que nous en avons l'habitude, ce qui me faisait toujours penser au fœtus que j'avais cru sentir.

Seize jours après, je faisais un nouveau nettoyage de cette poche, j'en tirais un nouveau bassin de caillots; enfin, vingt jours après, en procédant à un lavage, mon interne, M. Schmidt, amenait un fœtus de quinze centimètres; tout alla vite et bien, elle est aujourd'hui guérie.

Restent donc les cas d'hématocèles simples, non habitées; elles sont d'habitude rétro-utérines, mais j'en ai vu une sous-péritonéale et latérale et une anté-utérine ; celle-ci, je l'ai ouverte par l'incision vaginale, mais j'ai fait porter mon incision sur la tumeur, et cette fois j'ai fait l'incision dans le cul-de-sac antérieur.

Je suis très partisan de l'incision vaginale, mais précisément pour cela, je ne puis laisser porter au passif de cette méthode le cas que nous a cité M. Reynier; il avait une tumeur antérieure, il a fait une incision postérieure; ce n'est pas la faute de la méthode si sa malade n'a pas été bien guérie.

En 1888, j'ai commis, dans la *Semaine médicale*, un article sur le traitement de l'hématocèle rétro-utérine, suppurée ou non, et je préconisais la laparotomie, un peu pour les mêmes raisons que M. Reynier a exposées au dernier Congrès de 1895. J'avais basé cet article sur 4 cas suivis de guérison; on ne peut guère mieux faire.

Mais, deux ans après, en 1890, je revenais sur cette question dans les *Annales de gynécologie* et montrais qu'il fallait, comme le conseillait Gusserow à l'étranger, abandonner la laparotomie dans le traitement de l'hématocèle ou des abcès pelviens, l'incision vaginale étant plus simple et drainant mieux, par la partie déclive, ce qu'on veut ouvrir.

J'ai, depuis cette époque, acquis une grande expérience, je crois, de la voie vaginale, et plus que jamais c'est la voie que je préconiserai, c'est l'opération de choix pour ouvrir les hématocèles.

Dans la critique qu'en faisait M. Reynier, notre excellent ami nous rapportait le cas de cette malade qu'il a guérie de son hématocèle, mais qui garde une tumeur des annexes, ce n'est encore pas la faute de la méthode; c'est dans des cas analogues à celui-là que j'ai fait la laparotomie, comme je viens de vous en rapporter deux cas de grossesse extra-utérine avec hématocèle autour.

Mais encore faudrait-il savoir si cette tumeur que porte encore la malade de M. Reynier, n'est pas un salpinx ou une ovarite; si ce n'est pas une tumeur liquide, je lui dirai, dans ce cas, que si elle était tombée sous mon couteau, ou plutôt sous mon doigt, je lui aurais certainement ouvert cette poche par la voie vaginale, après avoir au préalable nettoyé son hématocèle; c'est une pratique cou-

rante chez moi et que connaissent bien mes internes, la recherche des poches accessoires après l'ouverture de la poche rétro-utérine.

Pour vous rassurer sur ce qu'on pourrait appeler de la témérité, je vous dirai que, sur mes 24 cas, je n'ai perdu aucune malade et n'ai eu peur qu'une fois.

Je sais bien que pareil accident arrivé à L. Tait, lui a fait abandonner la voie vaginale; il est possible que si cet accident m'était arrivé dès ma première ou seconde intervention, j'aurais pris aussi cette voie vaginale en horreur, mais il n'en a rien été et je reste partisan convaincu de l'ouverture vaginale des collections sanguines du petit bassin. Voici le fait :

Une femme de 32 ans, multipare, après un retard de règles de deux mois, avait eu une forte perte de sang qui durait depuis cinq semaines, quand je fus appelé à la voir.

Tout le petit bassin était plein, l'utérus aplati derrière le pubis; la tumeur faisait saillie dans l'abdomen sous une forme assez arrondie, mais on percevait à son niveau la moindre impulsion donnée par le doigt vaginal. C'est ce qui me détermina à adopter la voie vaginale; vous allez voir que c'était un cas peut-être analogue à celui de M. Reynier.

L'incision vaginale me permit de vider au moins 1 litre de caillots noirs; ceux-ci évacués, il me resta une tumeur ronde; je la fis descendre dans le bassin, l'explorai avec le doigt à travers l'ouverture vaginale et je la crevai volontairement avec ce doigt.

Il sortit une nouvelle quantité de gros caillots noirs. Tout était fini, je voulus faire mieux.

Pour drainer irréprochablement cette dernière poche, j'introduisis, à côté de mon doigt qui la retenait, des ciseaux longs fermés dont je me servis comme d'un levier pour agrandir l'ouverture et placer plus facilement les drains.

Mal m'en prit, car immédiatement il vint un flot de sang rouge, artériel, que je n'arrêtai que par la compression de l'aorte.

Pendant que mon interne comprimait l'aorte, je tamponnai fortement cette poche.

Quinze jours après, la malade était guérie et se levait.

Cet incident ne m'a pas fait abandonner la voie vaginale; depuis que j'avais réussi ces 126 cas, j'ai encore ouvert 15 collections pelviennes par l'incision rétro-utérine, ce qui fait 141, toujours avec le même succès.

Ces jours derniers, j'ai ouvert une hématocèle rétro-utérine; après avoir évacué les caillots, j'ai pu sentir les annexes gauches gros et prolabés dans le centre qu'occupaient les caillots; j'ai attiré ces annexes malades et, à travers l'ouverture vaginale, je les ai pincés dans une forte pince à hystérectomie.

Je note, en passant, que cette hématocèle n'était pas enkystée ; les caillots vidés, j'ai vu l'intestin et des appendices épiploïques.

Toutes les fois que le petit bassin est plein, qu'on a diagnostiqué une hématocèle, que cette hématocèle, après quatre ou cinq semaines, n'a pas cédé au repos absolu au lit, avec glace sur le ventre, injections vaginales chaudes et purgatifs répétés, il est, je crois, sage d'intervenir et plus bénin d'agir par la voie vaginale.

Que l'incision soit parallèle au plan médian ou parallèle, peu importe, évacuez les caillots, ne grattez pas trop les parois, de peur d'enlever le caillot hémostatique, drainez et tamponnez mollement à la gaze iodoformée ; en quinze jours, en moyenne, vos malades seront guéries.

Je ne crains pas, je vous l'ai dit, de crever avec le doigt ou la pointe de ciseaux mousses fermés, les tumeurs liquides voisines; j'ai eu une fois une forte hémorrhagie, mais j'en avais trop fait, et il faut remarquer que c'est un cas sur plus de 141.

Quant à l'hystérectomie vaginale appliquée à ces cas-là, je dois dire que, comme le rapporteur, je la condamne absolument.

Pour me résumer, je dirai qu'il me semble possible dans beaucoup de cas de faire le diagnostic de la grossesse extra-utérine ; sans rappeler ici tous les symptômes donnés par nos livres classiques, j'insisterai seulement sur ce fait qu'on se trouve en présence d'une tumeur abdominale dépendant des annexes, unilatérale, s'accompagnant de probabilités de grossesse, avec des règles tantôt suspendues, tantôt trop abondantes et irrégulières et, bien souvent, quand on y a fait attention, suivies de l'expulsion d'une caduque.

Devant cette *tumeur abdominale*, quand on est bien sûr qu'il n'y a pas de grossesse extra-utérine, on doit soupçonner la grossesse ectopique, et il ne faut pas la laisser évoluer; on doit tout naturellement l'attaquer par la voie abdominale, pour enlever le kyste entier si c'est possible, pour l'ouvrir tout au moins et le marsupialiser dans le cas contraire.

Que si, au contraire, on a affaire à une tumeur pelvienne, avec tous les caractères de l'hématocèle péri-utérine, c'est une collection qui doit être attaquée par la voie vaginale ; je ne connais pas de méthode plus simple et plus bénigne.

M. Schwartz. — Les réflexions que je me propose de vous exposer sont pour ainsi dire superposables à celles de mon collègue Routier.

Je ne parlerai pas des grossesses extra-utérines avancées; je n'ai pas eu à en traiter; par contre, j'ai eu à soigner un assez grand nombre de femmes atteintes de grossesse tubaire non rompue, ou de grossesses ectopiques avec rupture dans le péritoine.

Il me semble que les cas sans rupture peuvent se diviser, au point de vue du diagnostic, en deux catégories : il y en a un certain nombre qu'on diagnostique assez facilement par les métrorrhagies, par la perte d'une caduque, par la présence dans un des culs-de-sac d'une tumeur plus ou moins volumineuse et fluctuante généralement; elle se présente comme signes physiques avec tous ceux d'une salpingite.

Dans une deuxième catégorie se placent ces faits où le diagnostic est impossible par suite de l'absence des signes importants précités; on pense à une salpingite, on opère pour une salpingite et on tombe sur une grossesse ectopique tubaire. Nous verrons qu'au point de vue du traitement, cette erreur n'a aucune importance.

Les ruptures de grossesse tubaire se traduisent par un épanche ment de sang dans le ventre; tantôt cet épanchement, très abondant, a toutes les allures d'une hémorrhagie interne grave; tantôt elle est moins abondante, elle s'enkyste, et constitute une hématocèle rétro-utérine en général, quelquefois anté- ou latéro-utérine. L'hématocèle peut être habitée par un fœtus expulsé de l'œuf et de la trompe; elle peut exister sans qu'on n'y trouve trace du produit de la conception.

Le diagnostic dans ces cas est relativement plus facile; je n'y insisterai pas.

Au point de vue du traitement, il me semble que tous les cas de grossesses tubaires non rompues, évoluant normalement, sont justiciables de la laparotomie; c'est pour une tumeur que l'on opère, pour une tumeur unilatérale, et la laparotomie est la seule intervention recommandable. Nous avons eu l'occasion d'en opérer un certain nombre; dans un des cas, la trompe était rompue, mais avec si peu de sang, que la femme n'avait pour ainsi dire présenté aucun symptôme d'hémorrhagie.

Lorsque la grossesse est rompue, il se produit dans le ventre un épanchement sanguin; quand cet épanchement est considérable, il a toutes les allures d'une hémorrhagie interne; il faut courir au danger, il faut faire la laparotomie et arrêter le sang en appliquant une pince sur la trompe rompue et en en faisant l'ablation, si elle est possible.

Nous avons été en face d'un cas de ce genre, qui fut opéré par un de nos collègues du Bureau central; l'opérée succomba presque immédiatement après l'intervention, malgré la compression de l'aorte et le tamponnement du petit bassin.

Les malades nous arrivent le plus souvent avec une hémorrhagie faite; on observe tous les signes d'une hématocèle rétro-utérine.

L'hématocèle peut être constituée définitivement, ou bien on

observe des poussées successives qui augmentent graduellement le volume de la tumeur.

Quand l'hématocèle est constituée, nous sommes absolument d'avis que l'incision aseptique du cul-de-sac postérieur est l'opération de choix; drainage et pansements antiseptiques après évacuation du sang et des caillots. Il est absolument indiqué de ne pas trop gratter les parois de la poche, car on risque des hémorrhagies difficiles à arrêter, comme dans le fait que nous a rapporté M. Routier.

Nous avons eu l'occasion d'ouvrir de la sorte une dizaine de collections plus ou moins anciennes; il est certain qu'un grand nombre d'entre elles se résorbent et disparaissent progressivement, lorsque leur volume est peu considérable. Ce n'est généralement qu'au bout de trois à quatre semaines que nous sommes intervenus, et toujours avec succès.

Lorsque l'hématocèle est en voie de poussée, que l'enkystement n'est pas complet, quelle conduite tenir? Ici encore, c'est en général par le cul-de-sac postérieur qu'il faut intervenir, en attendant que l'hémorrhagie soit terminée, du moment qu'il n'y a pour la femme aucun danger du fait de cette expectation. Nous avons eu occasion de voir, avec notre collègue Bouilly, un cas de ce genre. L'hématocèle avait augmenté pendant quinze jours, de façon à prendre le volume d'une tumeur grosse comme un utérus de 6 mois, et bombant dans le cul-de-sac postérieur. L'incision du cul-de-sac postérieur nous a permis d'évacuer un litre et demi de sang et de caillots. La tumeur a été drainée, lavée, et la malade a parfaitement guéri, sans qu'il lui soit resté aucune lésion; il y a de cela maintenant quinze mois.

Il est certain qu'il serait tout à fait contre-indiqué d'inciser le cul-de-sac postérieur pour rechercher une collection latéro-utérine et à plus forte raison anti-utérine.

En somme, la laparotomie est indiquée dans tous les cas où il y a tumeur latérale; l'incision vaginale doit être réservée aux cas où il y a collection liquide dont on peut espérer l'évacuation, sous le couvert de l'asepsie et de l'antisepsie.

Quand l'hémorrhagie par rupture a les allures d'une hémorrhagie interne grave, il faut courir sus aux vaisseaux, à la trompe rompue, et suivre là les règles de la chirurgie.

M. Paul Segond. — Avant de vous soumettre les réflexions qui m'ont été suggérées par le rapport de M. Picqué, je tiens à manifester d'abord l'étonnement que m'a causé notre collègue, en déclarant qu'il considérait comme « abusif » d'attribuer à Gallard le mérite d'avoir démontré, l'un des premiers, l'étroite parenté qui unit les hématocèles pelviennes à la grossesse extra-utérine. En ce

qui me concerne, j'ai trop souvent entendu et assisté le maître que je viens de nommer pour que je n'aie pas le devoir de relever le doute injuste exprimé par M. Picqué. Très heureusement, du reste, il y a mieux que mes souvenirs pour démontrer la priorité de Gallard, et ses écrits sont là pour le défendre. A ses yeux, vous le savez tous, l'hématocèle était toujours une véritable ponte extra-utérine ; l'ovule, fécondé ou non, devait toujours être entraîné avec le sang épanché et, disait-il, si l'ovule peut ne pas être fécondé, « il doit l'être dans le plus grand nombre des cas ». Prise au pied de la lettre, cette théorie, à coup sûr, n'est plus de mise. Mais, à coup sûr aussi, il me semble beaucoup moins qu'abusif d'y reconnaître la base première des doctrines auxquelles on tend de plus en plus à se rallier pour expliquer la formation de l'hématocèle.

Ceci dit, j'arrive à la grosse question de thérapeutique chirurgicale soulevée par M. Picqué, et, sans vouloir profiter de son rapport pour vous communiquer en détail le dossier que je possède sur ce sujet, dossier dont je réserve la publication, je voudrais, tout en restant sur le terrain des généralités, relever d'abord dans le travail de notre collègue les points qui me paraissent contestables, et vous dire ensuite suivant quel plan général on doit, à mon sens, étudier le traitement des grossesses ectopiques.

En premier lieu, je ne vois pas du tout qu'il y ait un intérêt chirurgical particulier à séparer aussi nettement que le veut M. Picqué les hématocèles non puerpérales des grossesses ectopiques hémorrhagiques. Et, bien entendu, je parle seulement des grossesses ectopiques avant le cinquième mois. Que cette distinction ait une valeur didactique et nosologique, soit. Mais, en pratique, nous avons, me semble-t-il, tout intérêt à n'en tenir qu'un très médiocre compte. D'autant que, suivant la remarque de M. Reynier et de M. Championnière, avant le cinquième mois, le diagnostic idéal rêvé par M. Picqué se réalise d'une manière trop exceptionnelle pour qu'il soit possible de l'escompter.

En pareil cas, les erreurs de diagnostic sont légion et, par conséquent, il est impossible de considérer, avec M. Picqué, la précision du diagnostic ou de la terminologie comme la directrice principale de notre intervention. Par bonheur, le mal n'est, du reste, pas grand, car, en présence d'une malade chez laquelle nous soupçonnons soit une grossesse ectopique de quelques semaines compliquée d'hématocèle, soit une hématocèle non puerpérale, je ne vois pas que la netteté de l'un ou l'autre de ces deux diagnostics importe à notre intervention. Celle-ci est la même dans les deux cas, et les considérations qui nous font opter pour la voie sous-pubienne ou pour la voie vaginale sont basées sur des questions de siège, de

volume et d'évolution qui n'ont rien à voir avec l'origine puerpérale ou non puerpérale de l'hémorrhagie.

En deuxième lieu, si M. Picqué est dans le vrai en considérant que la laparotomie est la méthode de choix, il a de beaucoup dépassé la note en niant la possibilité de rencontrer des indications d'hystérectomie vaginale. Ces indications sont, à la vérité, exceptionnelles, mais elles se rencontrent fort nettes dans un certain nombre de circonstances, et notamment lorsque l'âge et les complications suppuratives d'une grossesse ectopique soupçonnée permettent son assimilation clinique avec les variétés de suppurations pelviennes que tout le monde considère aujourd'hui comme justiciables de l'hystérectomie vaginale.

Je sais bien que le verdict prononcé par M. Picqué contre l'hystérectomie vaginale n'est pas sans appel. Avec M. Potherat, il admet, en effet, la valeur de cette intervention en cas de grossesse tubo-interstitielle. Mais, en dépit de la satisfaction particulière que peut me causer une concession de cette nature, je suis obligé de déclarer que, dans le cas particulier et dans les termes où les pose M. Picqué, les indications de l'hystérectomie vaginale sont tout à fait inacceptables. La raison m'en paraît simple autant que péremptoire et réside dans ce fait que le diagnostic de grossesse tubo-interstitielle est cliniquement impossible ou peu s'en faut. Pour être sûr que tel est bien le siège d'une grossesse ectopique, il n'y a qu'un moyen, c'est de la voir et, par conséquent, les indications de l'hystérectomie vaginale d'emblée sont, en pareil cas, condamnées à demeurer toujours dans le domaine de la théorie.

Certes, je suis très porté à penser, avec MM. Potherat et Picqué, que l'opération de Péan est le moyen le plus sûr d'enlever une grossesse tubo-interstitielle. Mais la condition primordiale étant, ici, la vérification visuelle de cette localisation, il en résulte que la seule intervention à pratiquer d'abord, c'est la laparotomie. Celle-ci faite et la grossesse tubo-interstitielle reconnue, on peut opter, soit pour l'ablation par voie abdominale, soit, avec plus d'avantages, me semble-t-il, pour l'hystérectomie vaginale faite séance tenante, après fermeture du ventre. Mais, le fait est bien clair, une hystérectomie vaginale ainsi pratiquée, après laparotomie exploratrice, se présente, au point de vue de ses indications, dans des conditions très particulières, et M. Picqué a eu le tort de ne pas le spécifier.

Enfin, comme troisième remarque, je me permettrai de faire observer à notre collègue, M. Picqué, que les prémices de son rapport et la grande expérience que ses nombreuses observations n'ont pu manquer de lui donner, m'avaient fait espérer qu'il nous tracerait un tableau plus complet et surtout plus précis des indications opératoires qui se présentent, suivant l'âge, la forme ou les

complications des grossesses ectopiques. J'y comptais d'autant mieux que, pour donner à ce classement toute la clarté désirable et pour bien grouper les faits de sa pratique, M. Picqué n'avait qu'à s'en référer textuellement aux divisions acceptées par Pozzi dans son *Traité de gynécologie*. Rien de plus clair que le chapitre auquel je fais allusion. Et c'est en suivant, à peu de chose près, le même ordre descriptif que je vais tenter de dire comment on doit compléter l'exposé de M. Picqué.

Comme je l'ai dit plus haut, la précision du diagnostic et le souci d'une terminologie impeccable n'ont rien à faire ici. Ce qui nous importe exclusivement, c'est l'âge des grossesses. Elles ont moins de cinq mois ou plus de cinq mois, toute la question est là. Et notre attitude dans les deux cas est si différente qu'il est impossible de ne pas étudier à part ces deux ordres de faits : A. *Grossesses ectopiques avant le cinquième mois ;* B. *Grossesses ectopiques après le cinquième mois.*

Ces deux groupes, une fois précisés, il convient de les subdiviser eux-mêmes en deux, suivant que la grossesse évolue normalement ou non ; suivant qu'elle se développe, avec ou sans complications. Bref, et sans insister autrement sur des détails que nous connaissons, voici quel est, à mon avis, le cadre général qui nous permet de mettre en bonne place les cas particuliers, sans risquer de confondre des faits que tout sépare.

A. — Grossesses extra-utérines de moins de 5 mois.

I. — *Grossesses extra-utérines de moins de cinq mois, évoluant normalement.*

D'accord avec ce que nous savons sur la fréquence des erreurs de diagnostic et désireux de nous en tenir au seul point de vue utile, c'est-à-dire à celui de la pratique, nous devons, pour ce premier groupe, comme pour les suivants, poser d'abord les règles didactiques du traitement de choix, voir ensuite ce quelles deviennent, en cas d'erreur de diagnostic, et nous inspirer enfin de ce parallèle, pour savoir quelle est la conduite la plus sûre à suivre en pratique. Or, dans le cas particulier, rien de plus simple. Théoriquement, pas d'hésitation possible. La formule de Pinard résume aujourd'hui l'opinion de tous les chirurgiens : « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale. » Et qu'on ne l'oublie pas, cette formule ne concerne pas seulement les grossesses extra-utérines qui, suivant la règle, s'accompagnent dès leur début ou peu s'en faut, de symptômes pathologiques plus ou moins alarmants. Elle s'applique avec non moins d'urgence

aux cas exceptionnels de grossesses ectopiques, dont l'évolution physiologique se fait à froid et sans troubles d'aucune sorte.

Supposons, maintenant, le cas d'une erreur de diagnostic et voyons si cette erreur est susceptible de nous faire regretter l'application de la règle précédente. En aucune manière, car, dans l'espèce, et contrairement à l'avis de M. Picqué, ce n'est jamais la conviction d'un diagnostic ferme qui nous fait prendre le bistouri, c'est la netteté de l'invitation opératoire qui, seule, doit nous guider. Or, est-il possible d'admettre qu'une tuméfaction annexielle dont les symptômes sont tels qu'ils en imposent pour une grossesse ectopique puissent être autre chose qu'une annexite à opérer ? Je ne le crois pas. Et, par conséquent, la conclusion pratique n'est pas discutable. Quand le diagnostic de grossesse ectopique est exact, rien de mieux que l'opération dans tous les cas, et quand il est difficile ou erroné, nous ne risquons pas davantage. Ici, comme là, nous nous trouvons, en somme, devant une annexite qu'il faut opérer, qu'elle s'accompagne ou non de symptômes de grossesse plus ou moins évidents.

Reste la question du choix de la meilleure opération. Et sur ce point, je l'ai dit plus haut, je ne partage pas les idées exclusives de M. Picqué. Dans la grande majorité des cas, il a parfaitement raison de penser que l'ablation par laparotomie est l'opération de choix. On doit même dire que c'est la seule opération permise toutes les fois que l'annexite diagnostiquée, à tort ou à raison, grossesse ectopique paraît unilatérale. Mais, en est-il toujours ainsi ? M. Picqué aurait tort de le prétendre. Pour ma part, j'ai plusieurs fois soupçonné ou porté le diagnostic de grossesse extra-utérine chez des femmes atteintes de lésions manifestement bilatérales. Je les ai, de ce chef, considérées comme justifiables de l'opération de Péan, et je n'ai eu qu'à m'en louer. Je crois, enfin, que l'hystérectomie vaginale est indiquée en cas de grossesse tubo-interstitielle, mais à cette condition expresse déjà spécifiée plus haut, que l'hystérectomie vaginale succède à une laparotomie exploratrice, seule capable d'autoriser le diagnostic en question.

II. — *Grossesses extra-utérines de moins de cinq mois, compliquées.*

Les complications hémorrhagiques et septiques, dont il faut ici tenir compte, sont très variées. Mais, au point de vue pratiquement utile, c'est-à-dire au point de vue de l'indication opératoire, je crois qu'on peut en admettre cinq principales :

1° L'hémorrhagie proprement dite ;

2° L'hématocèle classique ;

3° L'hématocèle à poussées hémorrhagiques plus ou moins répétées ;

4° Les faits d'hémorrhagie plus limitée, comprenant tous les cas d'hémato-salpinx compliqués on non d'effraction intra-péritonéale et correspondant, en définitive, aux hémorrhagies assez bien enkystées et assez limitées, pour constituer des tumeurs énucléables en totalité ;

5° La péritonite et les complications septiques ou suppuratives.

Dans ces cinq circonstances, aussi bien que dans toutes les autres envisagées jusqu'ici, nous allons voir encore la précision du diagnostic pathogénique nous importer assez peu. Ce qui domine la scène, ce qui commande l'intervention, c'est uniquement la complication. On doit ajouter, enfin, que le diagnostic pathogénique importe d'autant moins que dans les cinq complications précitées, qu'il y ait ou non une grossesse ectopique, le choix de la meilleure intervention reste le même.

En cas d'hémorrhagie intra-péritonéale proprement dite, nous sommes tous d'accord, et pour des raisons faciles à comprendre : la laparotomie est la seule opération rationnelle.

En présence de l'hématocèle classique, il y a moins d'unanimité, mais, en grande majorité, nous estimons que l'incision vaginale est l'opération de choix. Il se peut, sans doute, qu'elle ait des insuccès, mais c'est le sort des interventions les meilleures. Et je m'étonne qu'en présence de ces quelques insuccès, que personne ne songe à nier, on méconnaisse les enseignements des faits si nombreux qui démontrent maintenant jusqu'à l'évidence qu'en présence d'une hématocèle classique réclamant intervention, le plus simple et le plus sûr, c'est de l'évacuer par le vagin. Et j'y reviens à dessein. Peu importe que cette hématocèle ne contienne que des caillots, ou qu'elle renferme fœtus et placenta. L'évacuation pure et simple de ce qui veut bien s'évacuer suffit à la guérison. Nous possédons tous des faits démontrant qu'en pareil cas on peut obtenir non pas seulement la guérison opératoire immédiate, mais aussi la guérison complète et tardive avec disparition authentique de tous les reliquats anatomo-pathologiques dont les partisans de la laparotomie quand même exagèrent la fréquence au profit de leurs convictions.

La laparotomie n'aurait ici droit de préséance que si nous rencontrions avec elle la possibilité d'enlever toutes les parties malades. Et c'est précisément ce qui se passe dans les cas de tumeurs hémorrhagiques énucléables que nous étudierons dans un instant. Mais, quand nous parlons d'hématocèle classique, de cette vaste collection sanguine rétro-utérine, si bien décrite jadis par Nélaton, nous parlons de toute autre chose. De pareilles collections san-

guines ne s'enlèvent pas. Le fait est trop clair. Et tout ce que nous avons à faire, c'est de réaliser au mieux leur évacuation en réduisant au minimum le coefficient traumatique de notre intervention. La supériorité de l'incision vaginale est donc ici très évidente. Je parle ici de l'incision vaginale classique faite au bistouri, droit devant soi, en travers du cul-de-sac postérieur mis à découvert par des écarteurs appropriés et cette manœuvre est classique depuis si longtemps, que je n'ai pas bien compris pourquoi M. Picqué a eu le souci bibliographique de citer le nom de Gusseran à son propos.

Lorsque l'hématocèle, bien que déjà constituée à l'état de collection sanguine enkystée plus ou moins récente, est cependant le siège actuel de poussées hémorrhagiques nouvelles, je crois encore à la valeur de l'incision vaginale, à la condition expresse de se borner à cette incision et d'éviter avec un soin particulier toute manœuvre quelque peu offensive, portant sur la paroi interne de la poche aussi bien que toute pression extérieure trop énergique. Je puis vous citer un fait très probant à cet égard. Il s'agit d'une jeune femme, atteinte d'hématocèle récente avec poussées hémorrhagiques successives, opérée il y a un an. La tumeur sanguine énorme bombait dans le cul-de-sac postérieur, avec ses caractères habituels. L'anémie était menaçante et l'état fort inquiétant. De concert avec mon ami le Pr Pinard, nous avons cependant tenté la cure par l'incision vaginale et bien nous en a pris. Après évacuaiion des caillots, j'ai pu réséquer la trompe coupable de l'hémorrhagie. Elle pendait en effet, librement au milieu de la poche et son excision s'est faite sans difficulté, au-devant d'une pince placée sur son pédicule. Le tamponnement simple de la cavité a suffi pour maîtriser toute hémorrhagie nouvelle, la jeune femme a rapidement guéri et aujourd'hui l'état local est parfait. L'utérus est mobile, et tout empâtement péri-utérin a disparu.

Je ne voudrais cependant pas exagérer. Chez des femmes semblables à celles que je viens de citer, le moindre retour offensif de l'hémorrhagie peut commander sans retard une toute autre intervention. Et c'est alors que les indications de la laparotomie deviennent impérieuses. J'en ai vu un exemple récent et malheureux qui sera ultérieurement publié. Mais ce n'est pas une raison pour ne pas tenter la guérison par simple incision vaginale, quitte à changer de tactique immédiatement ou dans les jours qui suivent. Il m'est difficile de préciser davantage. Toute conclusion absolue serait ici déplacée, et c'est d'après les indications propres à tel ou tel cas particulier que nous devons opter pour l'une ou l'autre méthode.

Cette variété dans les indications de l'incision vaginale ou de la

laparotomie cesse d'exister dans la dernière forme clinique des complications hémorrhagiques plus haut spécifiées. En effet, nous avons affaire ici à une espèce anatomo-pathologique très différente : il ne s'agit plus d'un vaste épanchement sanguin péritonéal plus ou moins bien enkysté, il s'agit d'une véritable tumeur énucléable, et peu importe que la collection sanguine soit exactement limitée à la cavité salpingienne, comme dans l'hémato-salpingite type, ou qu'elle ait plus ou moins versé dans le péritoine. Dans les deux cas, la topographie des lésions permet l'ablation totale et de plus, les lésions sont d'habitude unilatérales. Il n'y a donc pas de doute possible : la seule conduite rationnelle est d'enlever par laparotomie les annexes malades. Et parmi les partisans les plus convaincus du traitement de l'hématocèle proprement dite par l'incision vaginale, je n'en connais point qui pensent autrement.

Si j'insiste autant sur ce point, c'est qu'entre l'hémato-salpinx énucléable et la grosse hématocèle défiant toute ablation, il existe forcément toute une série de cas intermédiaires qui peuvent prêter à discussion. Or, pour ces cas limites, point de règle absolue. La conduite à suivre restera toujours question d'initiative individuelle. Mais il est clair que les défenseurs de la laparotomie quand même auraient grand tort de s'appuyer sur ces exceptions pour ne jamais reconnaître la valeur de l'incision vaginale, et les cas limites étant exceptés, les règles dont j'ai parlé n'en restent pas moins rationnelles : il faut inciser les grosses hématocèles, mais il faut toujours tenter d'enlever par la laparotomie les tumeurs hémorrhagiques dont on peut diagnostiquer ou même simplement soupçonner l'énucléabilité.

Une réserve dernière me paraît toutefois nécessaire à signaler à propos de l'adoption exclusive de la laparotomie dans le traitement des tumeurs sanguines énucléables. Cette réserve porte sur les cas dans lesquels l'invitation opératoire est nettement bilatérale, quel que soit d'ailleurs le diagnostic précis des lésions propres à chacune des annexes. Or ici, nous nous trouvons en face des indications comparées de l'opération de Péan et de l'ablation bilatérale des annexes par laparotomie. Je ne sais pas ce que M. Picqué pense de cette comparaison, mais il ne l'ignore pas, les chirurgiens sont maintenant nombreux qui donnent, en pareil cas, leur préférence à l'hystérectomie vaginale. Quant à moi, ma conviction est faite depuis longtemps et ce n'est point ici le lieu de rappeler les arguments qui nous donnent raison. Je dirai seulement, pour éviter tout malentendu, qu'en présence d'une femme atteinte de lésions bilatérales des annexes, avec diagnostic ou soupçon de grossesse ectopique d'un côté, je ne considère l'opération de Péan comme l'intervention de choix que durant les premières phases de la gros-

sesse, alors qu'on est sûr de ne pas trouver un placenta trop volumineux.

J'en arrive, enfin, aux grossesses qui se compliquent de lésions septiques ou suppuratives, et ici encore, à l'inverse de M. Picqué, j'estime qu'il est impossible de poser une règle opératoire fixe et que, plus que j'amais, les questions de terminologie ou de diagnostic doivent céder le pas à l'invitation opératoire. L'histoire de toute grossesse extra-utérine ainsi compliquée se confond, en effet, avec celles des suppurations pelviennes envisagées d'une manière générale. Suivant la limitation de la suppuration, le volume de la masse morbide, l'unilatéralité ou la bilatéralité des lésions, il y aura donc lieu d'opter, sans parti-pris, tantôt par la laparotomie, tantôt pour l'hystérectomie vaginale, tantôt enfin, pour l'incision vaginale simple que les laparotonistes les plus exclusifs sont bien obligés d'accepter comme opération de choix dans le cas particulier des hématocèles suppurées.

B. — Grossesses extra-utérines de plus de 5 mois.

Pour les grossesses de cette catégorie, la précision du diagnostic reprend un peu ses droits ; la laparotomie devient la seule opération possible dans tous les cas, sauf peut-être dans celui du kyste fœtal avec fœtus mort depuis longtemps ; enfin, les questions à résoudre pour préciser les règles opératoires les plus sûres sont d'un tout autre ordre que celles dont nous avons parlé jusqu'ici. En d'autres termes, il s'agit d'un chapitre à part et son importance est telle qu'il me faudrait, pour le reprendre en détail de beaucoup trop longs développements. M. Picqué l'a cependant abordé, et c'est ce qui m'autorise à le suivre un instant dans cette voie.

Je pense d'abord qu'il faut ici, comme pour les grossesses de moins de cinq mois, faire une classe tout à fait à part des *grossesses compliquées d'hémorrhagie, de péritonite ou de suppuration.* Et, pour tous les cas de ce genre, s'il est indispensable de spécifier qu'il faut toujours intervenir sans retard et toujours intervenir par laparotomie, il me paraîtrait déplacé de préciser ici d'avantage et d'envisager avec tous les détails voulus toutes les manœuvres opératoires spéciales que peut exiger tel ou tel cas particulier. Abstraction faite de ce groupe complexe, nous restons en présence de variétés beaucoup mieux définies et susceptibles de se classer sous les trois étiquettes suivantes :

1° *Grossesses ectopiques évoluant sans accident jusqu'à l'extraction possible d'un fœtus vivant et viable ;*

2° *Grossesses ectopiques avec mort du fœtus ;*

3° *Grossesses ectopiques avec rupture secondaire du kyste et fœtus libre dans la cavité abdominale.*

Dans le premier cas, la laparotomie est, de toute évidence, la seule opération possible et les divergences ne portent guère, me semble-t-il, que sur deux points : l'époque de l'intervention et la conduite à suivre vis-à-vis du placenta. Au premier point de vue, la pratique peut sans doute réserver des difficultés d'appréciation sérieuses. Mais en principe, chacun s'entend, je crois, fort bien sur les préceptes généraux à suivre. Il est bien entendu et particulièrement évident que la « question de l'enfant ne doit se poser que lorsqu'elle ne soulève aucun danger pour la mère ». Cette phrase, que j'emprunte au rapport de M. Picqué, traduit trop bien ce que tout le monde pense pour qu'elle ait besoin d'être soulignée. Chacun s'entendra donc aussi sur ce fait qu'en présence d'une grossesse ectopique de plus de cinq mois, évoluant sans complication, on peut tenter comme nous l'avons fait récemment, avec succès, M. Pinard et moi, d'attendre les huit mois et la possibilité d'avoir un fœtus viable, à la condition judicieusement exprimée par M. Picqué, « que la grossesse ne s'accompagne pas d'une dénutrition trop grande ou de douleurs abdominales violentes ».

Quant à la conduite à suivre vis-à-vis du placenta, M. Picqué a bien fait de modifier ses opinions premières, car pour tous ceux qui ont pu juger eux-mêmes, d'une part les dangers hémorrhagiques de l'ablation du placenta, et d'autre part la simplicité des suites opératoires, quand il est laissé en place, la nécessité de ne pas toucher au placenta s'impose non pas seulement comme un acte de prudence, mais comme une règle absolument impérative.

Les grossesses ectopiques avec mort plus ou moins ancienne du fœtus et les grossesses ectopiques avec rupture secondaire du kyste fœtal forment enfin deux catégories sans doute très particulières ; mais je ne saisis pas du tout le raisonnement en vertu duquel M. Picqué veut les « rejeter hors de l'étude de la grossesse extra-utérine envisagée au point de vue chirurgical ». Je ne vois pas davantage pourquoi notre collègue insiste autant sur l'erreur qui consisterait à « totaliser en masse » les faits en question « pour justifier tel ou tel traitement applicable à la grossesse en évolution ». Ce serait en effet la confusion des confusions, et sur ce point tout désaccord est impossible. Mais, dans une étude d'ensemble sur le traitement chirurgical des grossesses extra-utérines, il n'en demeure pas moins indispensable de garder une place aux faits dont il s'agit.

L'entente est, du reste, assez générale sur le traitement qui leur convient. Il n'est plus de mise d'escompter la possibilité du lithopœdion, et si l'on excepte le cas particulier des kystes ectopiques

avec fœtus mort depuis longtemps, lesquels paraissent justiciables de l'élytrotomie, dans tous les autres cas, l'ablation par laparotomie reste la seule opération de choix. Ajoutons qu'ici, le fœtus étant mort, il n'y a plus à discuter sur la conduite à suivre vis-à-vis du placenta, son ablation s'impose.

Tel est le plan général que je voulais opposer à celui de M. Picqué. Il nous permet, je crois, tout à la fois de classer nos observations avec une certaine précision et de discuter à leur vraie place les points de pratique sur lesquels l'accord n'est point encore fait d'une manière définitive.

Présentation de pièces.

M. Brun. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un *appendice iléo-cœcal,* dont j'ai pratiqué l'ablation dans les conditions suivantes :

Un homme de 40 ans environ était pris brusquement, dans la nuit du 31 décembre au 1er janvier, de douleurs abdominales violentes et de vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux. Le Dr Faisans, appelé aussitôt, constata à l'examen du ventre l'existence d'un point douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite; il porta le diagnostic d'appendicite et me demanda mon avis. Je vis le malade dans la matinée du 1er janvier. Les vomissements avaient cessé, les douleurs abdominales spontanées avaient disparu, il n'y avait pas de fièvre, mais, à la palpation de la fosse iliaque, on constatait une contraction défensive de la paroi sans aucune tuméfaction. Bien que, trois jours plus tard, tous les symptômes eussent absolument disparu, nous fûmes d'accord, mon collègue Faisans et moi, pour proposer la résection de l'appendice, *un frère de notre malade ayant succombé, il y a quinze mois, à une péritonite septique d'origine appendiculaire.* Je pratiquai l'opération, le 19 janvier, après trois semaines d'accalmie complète, et je trouvai un appendice volumineux, turgescent, libre de toute adhérence, dans l'intérieur duquel se trouvaient trois boulettes de matières fécales. Il ne survint aucun incident après l'opération et, aujourd'hui 29 janvier, le malade est absolument guéri.

J'ai pensé qu'il y avait intérêt à présenter cette note : 1° en raison de la disproportion existant entre les symptômes et les lésions; 2° parce qu'elle me paraît répondre à une forme spéciale d'appendicite, l'appendicite familiale, dont il y aurait intérêt à rechercher les exemples pour en tirer des indications au point de vue de la nature de la maladie et de son traitement.

Discussion.

M. Routier. — Je confirme, en effet, l'opinion de mon collègue et ami Brun, c'est une affection familiale qu'il faudrait admettre au même point de vue que les diathèses.

J'ai dernièrement opéré une enfant de 13 ans, dont le père et un frère ont été aussi atteints.

J'ai opéré, il y a trois semaines, une jeune femme de 25 ans, j'avais opéré sa grand'mère, âgée de 73 ans, deux mois plus tôt, et j'en ai d'autres exemples.

M. Jalaguier. — J'ai opéré l'année dernière pour une péritonite septique diffuse une petite fille de 8 ans, qui a succombé. Trois personnes de sa famille étaient mortes depuis *trois* ans d'accidents péritonéaux imputés à l'appendicite.

M. Quénu. — J'ai observé deux cas analogues.

M. Tuffier cite deux faits similaires : une jeune fille de 18 ans fut opérée et mourut, son père avait été pris des mêmes accidents l'année précédente; un autre exemple est relatif à trois frères dont deux moururent d'appendicite, et le troisième fut opéré et guéri. Quant au second point, j'ai observé un officier atteint d'appendicite, il fut opéré par l'incision simple; depuis il a eu une série d'attaques qui ont nécessité l'excision de l'appendice.

M. Berger. — J'ai opéré pour une perforation appendiculaire un homme dont le fils avait eu une poussée d'appendicite.

M. Tuffier. — Il s'agit probablement de malformations congénitales.

M. Routier. — Il y a plutôt une affaire de tempérament.

M. Quénu présente des pièces provenant d'une femme atteinte d'un cancer de l'estomac et opérée par M. Sébileau au mois de septembre dernier.

M. Sébileau pratiqua la gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy. Une première moitié du bouton s'étant échappée dans l'estomac, M. Sébileau l'abandonna et se servit d'un second bouton. La malade, qui avait des phénomènes de sténose pylorique, vit son état s'améliorer jusqu'au mois de décembre, puis les vomissements reparurent, l'intolérance devint absolue et la malade succomba à la cachexie.

A l'autopsie, nous trouvâmes libre dans la cavité de l'estomac

un bouton de Murphy (un seul), mais un peu altéré, une des tiges à griffes s'était détachée et perdue. Les parois de l'estomac, le foie, le péritoine, étaient envahis par le cancer, mais la communication gastro-jéjunale était restée libre et admettait l'index : les vomissements tenaient donc à une autre cause qu'à une cause purement mécanique.

Présentation de malades.

Ostéome des adducteurs.

M. Delorme présente un malade chez lequel il a enlevé, il y a quatorze mois, un ostéome de la racine de la cuisse long de 6 centimètres, large de 3, courbe à convexité postérieure, qui recouvrait le moyen adducteur auquel il adhérait, se recourbait sur le bord interne des adducteurs et, par une implantation linéaire de 3 centimètres, s'insérait sur le bord interne de la branche ascendante de l'ischion et descendante du pubis. Ablation un peu délicate par une incision antérieure pour ne pas laisser de cicatrice gênante. Traumatisme net : rupture musculaire dans un mouvement d'abduction, douleurs, gonflement temporaires. Il semble possible qu'il s'agisse ici d'une exostose, car, du côté opposé, à la réunion de la branche ascendante de l'ischion et descendante du pubis, on trouve une légère élévation osseuse.

Présentation de pièces.

M. Bazy présente le fœtus et le placenta d'une grossesse extra-utérine, au cinquième mois, qu'il a opérée par la laparotomie chez une femme de 37 ans qui n'avait eu qu'une grossesse, il y a douze ans.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine avait été fait par les médecins, les docteurs Broumi et Porelle (de Versailles), qui avaient examiné la malade.

L'opération a été nécessitée : 1° par les douleurs très violentes éprouvées par la malade, douleurs ressemblant d'abord à des coliques, plus tard ressemblant à des élancements, à des pincements ; 2° par la fièvre.

J'ai trouvé un volumineux épanchement dans le petit bassin et dans la partie inférieure de l'abdomen. Il était constitué par des caillots adhérents à l'épiploon et à l'intestin.

La trompe était largement rompue et, au moment où je suis arrivé sur elle, après avoir détaché les caillots, un suintement sanguin s'est produit par les bords interne et externe de la déchirure ; il a été arrêté immédiatement par deux pinces. J'ai enlevé les caillots et j'ai trouvé le fœtus que je vous présente dans le fond du petit bassin : je l'ai enlevé, j'ai enlevé le placenta adhérent encore à la trompe.

J'ai enlevé les pinces après placement de deux fils sur les pédicules interne et externe.

J'ai enlevé tous les caillots, et comme la malade avait de la fièvre au moment de l'intervention, j'ai mis, à la Mickulicz, une gaze aseptique où j'ai mis deux mèches.

Le reste de la paroi a été suturé par trois places de suture.

La guérison s'est faite sans encombre. L'opération a été faite il y a un an. La santé de la malade a continué à être très bonne.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire annuel,
QUÉNU.

Séance du 29 janvier 1896.

Présidence de M. TH. ANGER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. KIRMISSON, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

3° Une communication de M. MARÉCHAL, externe des hôpitaux (M. Broca, rapporteur).

Suite de la discussion sur la grossesse extra-utérine.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

I. — *Diagnostic de l'hématocèle (grossesse extra-utérine rompue).*

M. Chaput. — Le diagnostic d'hématocèle est loin d'être facile. J'ai souvent méconnu des hématocèles, et il m'est arrivé parfois de diagnostiquer hématocèle alors qu'il s'agissait d'un pyo-salpinx.

Dans mon observation X, il s'agissait d'une jeune femme qui présentait des signes de pelvi-péritonite grave : ballonnement du ventre; tuméfaction mate remontant jusqu'à l'ombilic; au toucher, l'utérus était immobilisé dans une masse énorme. La température oscillait autour de 39°. La ponction par le vagin démontra qu'il s'agissait d'une hématocèle. Je signale en passant que ce fait vient à l'appui de l'opinion de M. Terrier, relative aux épanchements sanguins abdominaux accompagnés de fièvre.

Inversement, j'ai examiné récemment une jeune femme, du service de M. Reclus, dont voici l'histoire résumée : Le 12 avril 1895, pendant un coït, métrorrhagie très abondante avec violentes douleurs abdominales, douleurs expulsives.

Elle entre à la Pitié, dans le service de M. A. Petit, qui constate une tumeur unilatérale gauche, du volume d'une mandarine. Après douze jours de repos, la tumeur a disparu. Au moment de quitter l'hôpital, la malade expulse des fausses membranes semblables, dit-elle, à des morceaux de ver solitaire (caduque ?).

La malade reste bien portante jusqu'au 6 décembre 1895. Elle a d'abord ses règles normalement, puis, huit ou dix jours après, surviennent des pertes rouges peu abondantes ; au bout de quelques jours, le sang devient roussâtre.

Cinq jours après l'apparition de cette perte, la malade est prise de fièvre et de douleurs expulsives, avec irradiations au creux épigastrique et au sein gauche.

Elle garde le lit pendant quinze jours, puis entre en chirurgie le 9 janvier.

Au toucher, le col utérin est élevé, refoulé à droite et en avant ; il est ramolli et entr'ouvert. L'hystéromètre pénètre de 8 centimètres.

Une tumeur énorme fluctuante occupe surtout les culs-de-sac gauche et postérieur.

Sous l'influence du traitement par les injections et lavements chauds, la tumeur diminue rapidement. Au toucher, on trouve le 29 janvier une tumeur unilatérale du cul-de-sac gauche.

Depuis son entrée à l'hôpital, la malade est apyrétique. Elle raconte avoir encore rendu ces jours derniers des morceaux de membrane.

Une ponction pratiquée ne donne issue qu'à du pus.

Nous avions cependant un ensemble remarquable de signes pouvant faire songer à l'hématocèle avec grossesse extra-utérine : douleurs expulsives, accompagnées de perte, survenues au moment du coït; tumeur unilatérale; expulsion de caduque; utérus allongé; poussée douloureuse avec tumeur du Douglas sans fièvre.

L'incision vaginale m'avait fait mettre en doute l'exactitude de mon diagnostic, mais, deux jours après, en faisant le pansement, M. Guinard, interne du service, vit s'évacuer par le vagin une notable quantité de sang ancien qui justifiait le premier diagnostic.

Malgré ces difficultés, je pense qu'on doit s'efforcer d'arriver au diagnostic exact. Ce ne sera le plus souvent qu'une présomption, mais elle permettra de prévoir l'importance de l'opération à entreprendre.

Les signes suivants me paraissent avoir une importance diagnostique.

D'abord et avant tout, on se rappellera la grande fréquence des hématocèles et on y pensera.

L'apparition brusque de douleurs violentes, accompagnées d'hémorrhagies, pendant une période menstruelle, a une assez grande valeur, surtout chez une femme dont les règles sont habituellement indolentes.

Ces hémorrhagies avec douleurs coïncident souvent avec l'apparition d'une tumeur pelvienne qui devient rapidement très volumineuse.

Cette tumeur présente les caractères suivants :

Elle est fluctuante, uniloculaire, médiane ou latérale et, dans ce cas, l'autre cul-de-sac est habituellement libre.

Quand la tumeur se prolonge dans l'abdomen, elle est ordinairement sessile et immobile.

Les signes du toucher vaginal sont ceux d'un pyosalpinx présentant une poussée inflammatoire aiguë, mais avec cette différence que dans l'hématocèle la température est rarement élevée.

On pourra assurer le diagnostic au moyen d'une ponction exploratrice.

Dick (de Berne) a indiqué comme un symptôme d'hématocèle la présence d'urobiline dans l'urine, avec ictère brun. J'ignore ce que vaut au juste ce signe.

II. — *Diagnostic de la grossesse extra-utérine non rompue.*

A l'exemple des classiques, nous distinguerons la grossesse ectopique avant et après le 5e mois.

(*a*) *Avant le 5e mois.* — Avant le 5e mois, le diagnostic n'est jamais certain ; il comporte toujours un certain doute.

Ce diagnostic sera basé d'abord sur les signes rationnels de grossesse : coloration violette des organes génitaux, vomissements, nausées, gonflement des seins, changement de caractère, modifications de l'appétit.

En second lieu, il y a les signes tirés de l'utérus : les pertes prolongées, souvent noires et fétides, l'augmentation de profondeur de la cavité utérine, l'expulsion d'une caduque dépourvue de villosités choriales, les modifications du col qui est gros et mou, comme dans la grossesse légitime.

En troisième lieu, nous avons les caractères de la tumeur pelvienne. Cette tumeur siège dans un des culs-de-sac latéraux du vagin, l'autre cul-de-sac étant absolument libre; ce signe ne s'observe que très exceptionnellement dans les salpingites.

La tumeur est mobile, elle est fluctuante, ses parois sont molles et peu tendues, encore plus molles et moins tendues que celles de l'utérus gravide.

Cette poche augmente rapidement de volume, de même que l'utérus gravide à la même période. Enfin, elle est souvent recouverte d'artères volumineuses qui battent à sa surface.

En tenant compte de tous ces signes, on arrivera assez fréquemment au diagnostic probable de grossesse extra-utérine.

(*b*) *Après le 5e mois.* —Le diagnostic est facile lorsque le fœtus est vivant. Il suffit de palper et d'ausculter la tumeur pour constater le ballottement, les mouvements du fœtus et les battements cardiaques.

Lorsque le fœtus est mort, on pourra, en recherchant dans les antécédents de la malade, retrouver des renseignements intéressants relatifs aux règles, à l'élimination de la caduque utérine.

En questionnant la malade, on reconstituera l'épisode du faux travail constitué par des douleurs expulsives violentes, durant des heures ou des jours, et suivies de la cessation des mouvements du fœtus. La malade aura ensuite constaté l'affaissement de son ventre, le gonflement de ses seins, accompagné de sécrétion lactée.

Le palper de la tumeur abdominale révèlera parfois l'existence d'une tumeur bosselée, irrégulière, de consistance pierreuse, au niveau des bosselures les plus saillantes.

Dans mon observation IV, j'aurais pu, en tenant plus de compte des antécédents, porter le diagnostic exact. La malade avait eu un retard de règles, puis une perte fétide durant trois mois, suivie de règles très espacées. Au bout de neuf mois, son ventre tomba, les seins gonflèrent, le lait monta.

Un an après le début des accidents, elle présentait une énorme tumeur, remontant jusqu'au creux épigastrique ; cette tumeur était asymétrique, bombée, irrégulière ; les bosselures saillantes étaient d'une dureté pierreuse. La laparotomie permit d'extraire un fœtus calcifié. Il était facile, en reconstituant l'histoire de cette malade, d'arriver à un diagnostic certain.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

A. — *Grossesse extra-utérine compliquée d'hématocèle ou d'hémorrhagie.*

L'accord est actuellement parfait entre tous les chirurgiens sur la conduite à tenir en cas d'hémorrhagie non enkystée ; la laparotomie en effet permet seule de trouver rapidement et sûrement le vaisseau qui saigne et de faire le nécessaire.

Dans les hématocèles ou épanchements enkystés l'accord n'est pas unanime. Imlach, Tait, Martin, Routier, ont conseillé la laparotomie ; tandis que Mundé, Byford, Gusserow, et presque tous les chirurgiens qui ont pris part à cette discussion tiennent pour l'incision vaginale.

Cette dernière séduit évidemment par sa simplicité ; mais cette simplicité apparente ne cache-t-elle pas des désastres. Nous avons vu, en effet, dans mon observation X, que la ponction d'une hématocèle enkystée produit de la décompression abdominale, laquelle a provoqué le décollement du placenta d'une grossesse ectopique voisine. L'hémorrhagie a été si forte, que rompant les adhérences elle a envahi tout l'abdomen et a tué rapidement la malade. Rien ne pouvait faire prévoir une pareille complication.

Pourquoi n'appliquons-nous pas ici les règles admises en chirurgie générale, et n'allons-nous pas lier le vaisseau qui saigne, au lieu de nous borner à évacuer les caillots et à drainer.

On compte pouvoir arrêter facilement l'hémorrhagie par le tamponnement, mais mon observation montre que si les adhérences cèdent, le tamponnement sera illusoire.

On invoque encore la bénignité habituelle de l'incision vaginale et sa facilité opératoire.

D'accord, mais une laparotomie pour hématocèle est-elle plus

difficile ou plus dangereuse qu'une incision vaginale ? Vous guérissez des centaines de malades par l'incision vaginale jusqu'au jour où un accident comme le mien vous arrivera, et ce jour-là tous vos soins ne vous consoleront pas du malheur actuel.

Pour ma part, toutes les fois que j'aurai diagnostiqué une hématocèle résistant aux traitements médicaux, je la traiterai par la laparotomie. Et si, au cours d'une ponction ou d'une hystérectomie vaginale, je trouve une hématocèle non diagnostiquée, je complèterai l'intervention vaginale par une laparotomie qui me permettra d'enlever avec l'œuf le placenta et la trompe et d'oblitérer tous les vaisseaux béants.

Les indications ne sont plus les mêmes lorsque l'hématocèle est suppurée. Dans ces conditions le placenta est constamment atrophié et les vaisseaux oblitérés, l'indication d'ouvrir le ventre pour éviter l'hémorrhagie n'existe plus, et le danger de verser du pus dans l'abdomen exige qu'on renonce à cette voie dangereuse.

On opérera donc par le vagin ; l'incision vaginale simple suffira dans la grande majorité des cas, si le drainage se faisait mal par cette incision, on pourrait enlever l'utérus pour élargir la brèche.

B. — *Traitement de la grossesse extra-utérine non rompue.*

(*a*) *Avant le 5e mois.* — Si on a posé le diagnostic probable de grossesse extra-utérine, doit-on enlever immédiatement la poche comme une tumeur maligne comme l'ont écrit Veit et Werth ? Je ne le crois pas. Si la grossesse extra-utérine méconnue est dangereuse et menacée de rupture chez une femme qui travaille et qui marche, il n'en est plus de même lorsque la malade garde le lit en permanence. Les chances de tolérances sont d'autant plus grandes qu'un grand nombre de femmes conduisent à terme des grossesses ectopiques, sans avoir pris la moindre précaution.

Etant donné donc qu'en toute hypothèse la laparotomie est indiquée, que cette opération n'est nullement rendue plus difficile quand le fœtus est à terme, que certaines grossesses ectopiques récentes sont plus difficiles à enlever que lorsqu'elles sont plus âgées, la tumeur s'énucléant alors pour ainsi dire et sortant du bassin ; pour toutes ces raisons, dis-je, je suis d'avis qu'au lieu d'opérer ces malades immédiatement, on les mette au lit et qu'on recule l'opération jusqu'à l'époque de la viabilité.

La malade sera surveillée avec soin et à la moindre menace de rupture, on sera prêt à intervenir ; de même si la santé de la mère paraît compromise d'un façon sérieuse du fait de la grossesse anormale.

Lorsqu'on laparotomise une malade pour une grossesse ectopique

insoupçonnée, il vaut mieux enlever la poche complètement que de refermer le ventre pour laparotomiser de nouveau plus tard. L'opération est facile à exécuter et relativement peu grave.

Il n'en est pas de même si on a fait une hystérectomie vaginale, car il est souvent impossible d'enlever le placenta et tout le sac. En pareil cas, il est indiqué, à mon avis, de faire une laparotomie complémentaire pour supprimer les causes d'hémorrhagie (placenta et sac).

(*b*) *Après le 5e mois.* — Le fœtus est vivant ou il est mort.

α *Fœtus vivant.* — On condamnera la malade au lit, et on opérera vers le 8e mois sans attendre le faux travail qui tuerait le fœtus.

L'opération s'imposerait d'urgence en cas de rupture de la poche, ou de cachexie grave de la mère.

β *Fœtus mort : 1° Sac non suppuré.* — Certains auteurs, Pinard, Litzmann, conseillent d'attendre deux mois, cinq mois, avant d'opérer, dans l'espérance que le placenta s'atrophierait; nous savons maintenant que l'atrophie du placenta n'est jamais certaine, bien plus, Orillard, dans sa thèse, cite six observations dans lesquelles le placenta s'est hypertrophié après la mort du fœtus. L'expectation n'a donc pas de raison d'être et elle expose, en outre, à la suppuration ou à la rupture secondaire du sac.

On opérera donc le plus tôt possible par la laparotomie, de préférence à l'élytrotomie qui est aveugle et dangereuse, non seulement lorsque le placenta est situé en bas, mais encore en toute circonstance à cause de l'impossibilité habituelle d'enlever complètement sac et placenta.

J'ai traité par la laparotomie la malade de l'observation IV dont j'ai parlé plus haut, j'ai pu enlever complètement le sac ; l'opération a été assez difficile à cause des adhérences importantes entre l'utérus et la tumeur ; j'ai dû pour arrêter l'hémorrhagie utérine faire l'hystérectomie supra-vaginale. La malade guérit sans accidents.

2° Sac suppuré. L'indication capitale étant d'empêcher l'effusion du pus dans le ventre, on préférera opérer par la voie vaginale si la tumeur proémine dans le petit bassin. Avec un petit fœtus l'incision vaginale simple sera suffisante, avec un gros fœtus l'hystérectomie vaginale sera utile pour agrandir la brèche.

Si la poche ne se prolonge pas dans le bassin on laparotomisera et on essaiera d'enlever la poche comme une tumeur solide, sans la ponctionner ni la crever.

γ *Le diagnostic a été méconnu.* — Lorsque le diagnostic a été méconnu et qu'on opère, il n'est pas indifférent qu'on ait fait la laparotomie ou l'hystérectomie vaginale. En voici la preuve.

Une de mes malades (obs. III), très inintelligente, avait un ventre

un peu ballonné, tendu, mais sonore dans toute son étendue ; au toucher vaginal on trouvait les signes d'une salpingite double. Je fis la laparotomie et je trouvai un paquet d'anses adhérentes au devant d'une masse fluctuante ; le décollement de ces anses provoquant des hémorrhagies graves, je fis l'hystérectomie ; puis revenant à l'abdomen, je trouvai alors le terrain déblayé, et j'arrivai sur une poche contenant un fœtus de cinq mois mort et macéré ; je pus enlever la poche et le placenta, la malade guérit.

Il est certain que si j'avais commencé par hystérectomiser ma malade, j'aurais méconnu la poche fœtale et la malade serait probablement morte de suppuration ou d'hémorrhagie.

Cette observation constitue un nouvel argument en faveur de la laparotomie et contre l'hystérectomie vaginale appliquée aux tumeurs salpingiennes ou diagnostiquées telles.

C. — *Technique opératoire de la laparotomie pour grossesse extra-utérine.*

Il me paraît inutile de suturer provisoirement le kyste fœtal à la paroi avant de l'ouvrir ainsi que le conseille Pozzi. Cette suture allonge l'opération et gêne singulièrement les manœuvres d'extraction du fœtus, et l'arrêt des hémorrhagies placentaires.

Avec la position inclinée de Trendelenburg et la protection du péritoine par des compresses, la séreuse est mieux garantie que par les sutures provisoires et l'opérateur conserve toute la liberté de ses mouvements.

Quand on est arrivé sur le sac, on doit s'efforcer de l'enlever comme une tumeur solide sans l'ouvrir.

Dans certains cas, cette ablation étant impossible, on incise le sac, on extrait le fœtus, puis on s'occupe du sac et du placenta.

L'incision du sac peut être redoutable si le placenta est en avant. Le meilleur moyen en pareil cas consiste à fendre le placenta sur toute sa longueur et à faire comprimer par les doigts d'un aide les lèvres de l'incision.

Après avoir extrait le fœtus, on devra prendre une décision relativement au sac.

L'ablation du sac en totalité est la méthode idéale, mais les adhérences la rendent parfois impossible.

On peut alors le marsupialiser, ou bien, à la façon de Tait, suturer l'incision du sac et le réduire, après l'avoir rempli d'eau chaude.

On peut encore, comme Martin, suturer l'incision du sac et le drainer par le vagin.

La marsupialisation ayant le grand inconvénient de produire une

éventration ultérieure, j'adopterais donc très volontiers la pratique de Martin.

Quand on n'enlève pas le sac en totalité, on peut laisser le placenta en place ou l'enlever.

La première pratique expose aux hémorrhagies et à la septicémie. Il est de beaucoup préférable d'enlever le placenta. On le pourra presque toujours, en s'aidant au besoin de la curette tranchante.

L'hémorrhagie qui en résulte provient de gros sinus veineux, elle n'est pas redoutable en réalité, car elle s'arrête facilement par compression.

J'ai opéré quatre cas de grossesse extra-utérine non rompue, avec quatre guérisons :

Obs. I. — Une grossesse extra-utérine avec fœtus résorbé ;

Obs. II. — Une en voie de rupture contenant un embryon de 20 millimètres ;

Obs. III. — Une troisième avec un fœtus mort et macéré de cinq mois ;

Obs. IV. — Une quatrième avec fœtus à terme calcifié.

J'ai opéré six hématocèles :

Obs. V. — Incision vaginale. Guérison.

Obs. VI. — Ponction avec la pince trocart. Guérison.

Obs. VII. — Hématocèle sous-péritonéale gauche. Incision par le cul-de-sac antérieur. Guérison.

Obs. VIII. — Hématocèle énorme. Incision exploratrice puis hystérectomie vaginale. Guérison.

Obs. IX. — Hématocèle avec fœtus. Laparotomie. Guérison.

Obs. X. — Hématocèle. Ponction à la pince trocart. Mort d'hémorrhagie par décollement du placenta d'une grossesse ectopique.

RÉSUMÉ DU TRAITEMENT.

A. — *Grossesse extra-utérine rompue.*

1° *Hémorrhagie non enkystée du péritoine.* — Laparotomie.

2° *Hématocèle non suppurée.* — La laparotomie est préférable à l'incision vaginale.

3° *Hématocèle suppurée.* — L'incision vaginale est préférable.

B. — *Grossesse extra-utérine non rompue.*

(*a*) *Avant le* 5e *mois : Diagnostic posé.* — Garder le repos au lit jusqu'au 8e mois, n'opérer qu'en cas de menaces pour la vie de la mère.

Diagnostic non posé. — Si on a commencé par la laparotomie,

enlever le sac; si on a commencé par l'hystérectomie, enlever le sac par le vagin, ou au besoin par la laparotomie.

(*b*) *Après le* 5ᵉ *mois :* α *Fœtus vivant.* — Attendre le 8ᵉ mois, opérer avant le faux travail.

β *Fœtus mort :* 1° *Sac non suppuré.* — Laparotomie sans attendre l'atrophie du placenta; rejeter l'élytrotomie. 2° *Sac suppuré.* — Si la tumeur plonge dans le bassin, élytrotomie; si la tumeur est extra-pelvienne, laparotomie.

C. — *Technique opératoire.*

L'idéal est d'enlever le sac en totalité.

Si c'est impossible, extraire le fœtus, suturer l'incision du sac et drainer par le vagin.

Extraire le placenta en règle générale.

Observations.

A. — *Grossesses extra-utérines sans hématocèle.*

Obs. I. — *Hématosalpinx avec cotylédons placentaires. Laparotomie. Extirpation complète. Guérison.*

Femme de 39 ans. Pas d'enfants, ni de fausses couches.

Il y a huit ans, elle fut prise, au moment de ses règles, d'une perte abondante qui dura un mois; elle avait aussi de fortes coliques avec douleurs irradiées dans les reins et les cuisses. Elle entra pour cet accident à Cochin et y resta huit jours. Quelques jours après sa sortie, elle s'aperçut qu'elle avait dans le côté droit une tumeur du volume d'un œuf. Depuis ce temps elle a eu quelques fortes pertes, toujours au moment des règles.

En avril dernier, au moment des règles, elle a des pertes très abondantes avec de violentes douleurs. En mai, au moment des règles, nouvelles pertes et douleurs internes pendant huit jours.

Jamais de pertes dans l'intervalle des règles.

Le ventre est soulevé par une saillie médiane s'élevant jusqu'à l'ombilic; cette tumeur est fluctuante. Au toucher, le col utérin est refoulé contre la branche ischio-pubienne gauche; le cours utérin se prolonge à droite; on le retrouve par la palpation dans la fosse iliaque droite. La tumeur fluctuante abdominale se prolonge en avant de l'utérus.

Mictions fréquentes et douloureuses. Constipation. Une ponction faite le 19 juin retire 400ᵍʳ de liquide dense, un peu filant, d'un brun noir, hématique.

Le 23 juillet 1891, laparotomie.

A gauche, annexes saines; on trouve une tumeur prévésicale du volume d'une orange, adhérente à l'épiplose, à l'intestin, à l'appendice cœcal, à

la vessie, à l'ovaire droit qui lui est accolé. Le pédicule inséré sur l'utérus est lié et coupé au thermo-cautère. Ligatures des adhérences.

Examen de la pièce. — C'est une poche uniloculaire à la partie inférieure de laquelle on voit la trompe qui la longe dans l'étendue de 6 centimètres. L'ovaire apoplectique est collé à la tumeur; il contient du sang altéré.

A la face interne de la poche on voit des cotylédons aplatis, et par places des surfaces lisses jaunâtres, d'apparence fibrineuse.

Obs. II. — *Grossesse tubaire récente, rupture de la trompe, légère hémorrhagie. Salpingectomie. Drainage par le vagin. Guérison.*

Femme de 28 ans. A eu cinq enfants et deux fausses couches. Pas d'accidents puerpéraux.

La malade souffre du ventre depuis dix ans. Les douleurs sont apparues d'abord au côté gauche, puis des deux côtés. Elle a été soignée il y a huit ans pour une urétrite, à l'hôpital d'Angers.

Il y a trois mois, les coliques sont devenues très vives; elle perd continuellement en rouge depuis deux mois. Elle souffre en urinant.

Au toucher, le col est porté en avant. Les culs-de-sac antérieur et latéraux sont libres, mais le cul-de-sac postérieur est occupé par une masse volumineuse, dure, arrondie, se prolongeant dans le cul-de-sac droit. Cette masse est douloureuse au toucher; elle immobilise l'utérus.

Le 5 août 1895, laparotomie médiane. Ether, Trendelenburg.

A l'ouverture du ventre, on trouve entre les anses une soixantaine de grammes de sang liquide, noir et ancien, provenant du petit bassin.

Ablation des annexes gauches volumineuses et des annexes droites énormes.

Le sang provient de la trompe droite et des veines du cul-de-sac de Douglas.

Drainage du Douglas par le vagin avec la pince trocart.

Examen des pièces.— La *trompe gauche*, volumineuse, est pleine de sang noir ancien.

A droite, la trompe se continue avec un énorme caillot contenant un embryon de 15 à 20 millimètres, sur lequel on distingue nettement les pentes branchiales.

Obs. III. — *Grossesse extra-utérine. Laparotomie, puis hystérectomie vaginale, puis ablation de la poche par l'abdomen. Guérison.*

Femme de 30 ans. A eu un enfant en 1883; pas d'accidents puerpéraux.

Les premières douleurs remontent à 1887 (quatre ans après son accouchement). Les douleurs commencèrent par la région inguinale droite, puis gagnèrent la région lombaire et la cuisse droite. Quelques mois après, le côté gauche devint douloureux. Les douleurs sont à peu près continues et s'exaspèrent par la marche et la station. Le repos au lit les atténue sans les faire disparaître complètement.

La malade a toujours eu des pertes blanches en assez grande quantité; le mariage ni l'accouchement n'ont pas amené de changement de ce côté.

En septembre 1891, après un retard des règles de vingt et un jours, la malade a une hémorrhagie assez forte ; pendant les six semaines suivantes, elle perd du sang clair d'odeur fétide. Cet accident paraît avoir été causé par une chute faite quelques jours auparavant.

Examen. — Le ventre est fortement ballonné.

La peau du ventre est souple, peu épaisse, sans cicatrices ni vergetures. Sonorité normale partout. La palpation est douloureuse partout ; les renseignements sont vagues, la malade étant très inintelligente.

Au toucher, le col est abaissé, déchiré transversalement, surtout à gauche. L'orifice est large. Le cul-de-sac antérieur est libre; les culs-de-sacs latéraux sont occupés par des masses dures, douloureuses, assez irrégulières. Dans le cul-de-sac postérieur on sent les masses fécales du rectum. L'utérus est immobilisé; on ne peut en délimiter le fond, à cause du ballonnement.

Par le toucher rectal, on sent à gauche une masse du volume d'une petite orange, assez douloureuse et de forme irrégulière.

Pas d'albumine dans les urines.

Polyurie douloureuse, constipation, craquements aux deux sommets, toux et expectoration peu abondante; quelques hémostysies.

Opération le 13 juin 1893. — 1° Je fais d'abord la laparotomie médiane.

Je trouve des adhérences considérables, circonscrivant une énorme masse fluctuante. Les premières tentatives de décollement provoquen des hémorrhagies redoutables.

Je me décide à pratiquer l'hystérectomie vaginale en fermant le ventre provisoirement.

2° Je pratique l'hystérectomie vaginale par la méthode de Péan; l'ablation est assez facile; l'utérus est volumineux (15 cent. de long).

3° Je reviens à l'abdomen. La situation est éclaircie. J'arrive sur une poche fluctuante, du volume d'une tête de fœtus, que je crève; elle contient un fœtus de cinq mois, mort et macéré.

J'enlève en masse le placenta, la poche et la trompe droite dilatée par du sang.

Ligatures enchaînées du pédicule.

Je draine avec de la gaze salolée et un drain abdomino-vaginal.

Après l'opération, une forte hémorrhagie a lieu par le vagin. Je l'arrête en tamponnant fortement avec des mèches de gaze iodoformée montées sur pinces.

Obs. IV. — *Grossesse extra-utérine. Fœtus à terme calcifié. Laparotomie. Extirpation complète du sac et hystérectomie partielle. Guérison.*

Femme de 34 ans, envoyée par le Dr Auvard. Un enfant à 18 ans. Jamais de fausses couches. Pas d'accidents puerpéraux.

En janvier 1892, elle ressent de violentes douleurs à l'hypogastre et

aux reins un peu avant les règles. Les douleurs durent vingt jours et obligent la malade à garder le lit.

Le 20 janvier, les règles apparaissent et l'écoulement sanguin, fétide par instants, ne cesse qu'en avril 1892. Pas de règles jusqu'en juin 1892, où la malade est réglée pendant trois jours. En août 1892, la malade s'aperçoit que son ventre tombe, que les seins se gonflent et sécrètent du lait.

Nouvel écoulement sanguin en novembre 1892. Depuis janvier 1893, les règles sont régulières, douloureuses et abondantes.

En juillet 1892 elle note des pertes non fétides, jaune verdâtres.

Examen. — Le ventre est occupé par une tumeur développée surtout à gauche, dure par places, où elle est comme ligneuse ou pétreuse; présentant ailleurs la consistance normale d'un fibrome. La tumeur est irrégulièrement arrondie, douloureuse spontanément et à la pression. La tumeur remonte à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La circonférence du ventre est de 107 centimètres. La distance du pubis à l'appendice sciphoïde mesure 41 centimètres.

Il y a de la gêne circulatoire qui se manifeste par de l'oppression, de l'anxiété respiratoire et des palpitations.

Au toucher, le col est petit, l'utérus immobilisé paraît être en rétroversion.

Les antécédents étant mal connus, le diagnostic posé est : fibrome calcifié. Les renseignements caractéristiques n'ont été recueillis qu'après l'opération.

Le 6 avril 1893, *laparotomie* en présence de MM. Villar, Boiffin, et de plusieurs membres du Congrès de chirurgie.

Je trouve une grosse tumeur irrégulière à parois jaunâtres. En bas et en avant, l'utérus hypertrophié est collé à la face antérieure de la tumeur.

La tumeur est sessile sur le ligament large gauche. Je la ponctionne avec le trocart à kystes ; celui-ci est arrêté par une résistance considérable. En le retirant, il sort par l'orifice de la ponction un liquide graisseux analogue à celui des kystes dermoïdes.

L'utérus est réuni à la tumeur par une sorte de méso large et court. Je traverse ce méso avec une pince et je serre un gros caoutchouc autour du col utérin. Je lie le méso utérin et je le coupe, les ligatures glissent; je me contente de comprimer avec une éponge et je passe rapidement un second caoutchouc autour de la base de la tumeur.

Je sectionne la tumeur un peu au-dessus du caoutchouc, il s'agit d'une poche contenant un fœtus à terme calcifié. Les parois de la poche sont saisies dans des pinces en cœur, à griffes, de mon modèle.

Après avoir enlevé le caoutchouc de la poche fœtale, je lie le pédicule qui la porte avec deux ligatures enchaînées.

L'hémostase de la face postérieure de l'utérus cruentée, paraissant impossible à réaliser, je fais l'amputation supra-vaginale de cet organe. Je fais la ligature directe des vaisseaux du pédicule par mon procédé. Je fixe enfin le pédicule derrière la paroi abdominale.

Drainage salolé de l'abdomen. Guérison sans incidents.

Réflexions. — Cette malade a commencé sa grossesse extra-utérine en décembre 1891 ; le fœtus est mort en août 1892. L'opération a eu lieu trois mois après.

La laparotomie a permis d'enlever complètement la poche.

La dureté pierreuse constatée en certains points à la palpation de la tumeur correspondait aux endroits où le fœtus était plus rapproché de la paroi abdominale.

B. — *Hématocèles.*

OBS. V. — *Hématocèle rétro-utérine. Incision vaginale. Guerison.*

Femme de 32 ans. A eu deux enfants; jamais de fausses couches; pas d'accidents puerpéraux. Règles irrégulières et douloureuses.

Il y a un mois, sans cause appréciable, fut prise un soir de douleurs violentes dans le ventre, analogues à celles de l'accouchement.

C'était à l'époque présumée de ses règles, mais celles-ci n'eurent pas lieu. Elle s'alita pendant huit jours, puis elle alla à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Cornil où on la reçut, on la mit au repos, on lui appliqua un vésicatoire et des pointes de feu sur le ventre. Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, elle eut des règles qui furent normales. Elle passa ensuite à la Salpétrière.

On constata la présence dans le ventre d'une tumeur latérale occupant surtout la fosse iliaque droite, remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, dépassant la ligne médiane à gauche de deux ou trois doigts. La pression sur la tumeur est douloureuse.

Au toucher, le col est refoulé en haut, derrière la symphyse, par une tumeur volumineuse proéminant fortement dans le cul-de-sac postérieur. Cette tumeur, du volume d'une tête de fœtus, est nettement fluctuante.

Le 17 juin 1892. Incision vaginale transversale. Hémorrhagie des parois vaginales. Evacuation de nombreux caillots. Suture des parois vaginales à la poche pour rendre l'ouverture permanente et faire l'hémostase du vagin.

Tamponnement à la gaze iodoformée.

Guérison rapide en quelques semaines.

OBS. VI. — *Hématocèle rétro-utérine. Ouverture par le vagin à la pince trocart. Guérison.*

Femme âgée de 26 ans. Elle a eu cinq enfants; pas d'accidents puerpéraux avérés. Il y a un mois, les règles, en retard de quinze jours, apparaissent; elles sont mélangées de caillots, mais on ne trouve pas d'œuf. Les caillots disparaissent, mais les règles persistent pendant un mois, accompagnées de vives douleurs dans le ventre.

La malade garde le repos du 2 au 18 août; les pertes continuent et les lésions locales augmentent.

Etat actuel. — Au palper, on constate la présence d'une tumeur siégeant à droite et dépassant de quatre doigts le bord du pubis.

Au toucher, le col utérin est refoulé derrière la symphyse du pubis, il est immobile.

En arrière, tumeur volumineuse saillante, fluctuante, se prolongeant davantage à droite qu'à gauche, et se continuant avec la masse abdominale.

Le 20 août 1894. Curage utérin, ponction vaginale avec la pince trocart. Evacuation d'une grande quantité de caillots. Ablation d'un fragment de membrane et d'un morceau de trompe. Lavage boriqué dans la poche.

Drainage à la gaze iodoformée. Guérison en quelques jours.

Obs. VII. — *Hématocèle sous-péritonéale gauche. Incision dans le cul-de-sac antérieur. Drainage. Guérison.*

Femme âgée de 19 ans. Pas d'enfants.

En mars 1891. Hémorrhagie probable.

En mars 1893. Après une longue marche, léger écoulement sanguin en dehors de la période menstruelle. Le 10 mars évacuation de caillots. Le 16 mars douleur violente dans le ventre pendant deux heures, qui disparaît rapidement.

Depuis lors, les douleurs persistent ainsi qu'un suintement séro-sanguin continuel.

Au toucher, les culs-de-sac postérieur et droit sont libres. On trouve dans le cul-de-sac antérieur, empiétant sur le cul-de-sac gauche, une tumeur du volume d'une tête de fœtus, fluctuante, non douloureuse.

Utérus immobilisé.

Le 4 juin 1893. Incision dans le cul-de-sac antérieur. Ouverture de la poche remplie de caillots. Drainage avec une sonde de Pezzer et un drain de caoutchouc.

Dans les jours suivants, la température s'élève, il s'élimine des caillots fétides. On fait plusieurs lavages par jour. La température tombe et la malade guérit rapidement.

Obs. VIII. — *Hématocèle énorme ancienne. Laparotomie exploratrice, puis hystérectomie vaginale. Guérison.*

Femme de 27 ans. Elle a eu, il y a onze ans, un enfant; pas d'accidents puerpéraux.

Il y a un an, fièvre typhoïde. Quatre mois après, la malade a ses règles, qui durent cinq semaines et sont très abondantes. Les règles précédentes avaient eu lieu normalement.

Elle entra à la Salpêtrière et y resta dix-sept jours; on lui proposa une opération de laparotomie, qu'elle refusa. Les pertes s'arrêtèrent et elle revint chez elle. Elle resta quatre mois bien portante.

Depuis deux mois et demi, elle a des pertes continuelles. Les douleurs étaient vives au début; elles sont nulles actuellement.

Au toucher, le col utérin est abaissé et porté à droite et en avant. Le fond de l'utérus, rétrofléchi, est incliné à gauche. Au-dessus de l'utérus, à gauche, existe une masse volumineuse, dure, irrégulière, non fluc-

tuante, douloureuse, remontant à sept ou huit travers de doigt au-dessus du pubis, à peu près immobile.

Le 21 juillet 1891, laparotomie. Je trouve une énorme tumeur abdominale, occupant la moitié gauche du bassin adhérant intérieurement à la fosse iliaque, au rectum, à l'utérus. L'opération paraissant impraticable par l'abdomen, je fais l'hystérectomie vaginale, facilitée par un débridement de la vulve. Chemin faisant, j'ouvre à gauche une énorme poche remplie de caillots anciens, puis une seconde poche superposée à la première. J'enlève par arrachement une partie des parois de ces poches.

Drainage des poches à l'iodoforme. Guérison rapide.

La face interne des parois est réticulée comme celle du cœur; des caillots anciens, fibrineux, lui sont intimement soudés.

La malade revient en mars 1893 avec une poche énorme, fluctuante, dans le petit bassin.

Incision vaginale; écoulement de liquide séreux. Sonde de Pezzer à demeure dans la poche pendant deux mois. Guérison.

Obs. IX. — *Grossesse extra-utérine avec hématocèle, non diagnostiquée. Laparotomie. Guérison.*

Femme de 32 ans. Trois accouchements normaux, sans complications. Une fausse couche d'un mois en janvier dernier.

Il y a deux ans, pertes rouges abondantes, qui guérirent après un curage fait dans le service.

En octobre 1893, la malade a une perte sanguine abondante à l'occasion d'un refroidissement survenu pendant ses règles. A partir de ce moment, elle a des idées noires, des étourdissements, vertiges, syncopes et des pertes blanches.

Depuis quatre semaines elle souffre du ventre. Les douleurs ont débuté brusques et violentes. Elles sont lancinantes et continues pendant les accès; elles irradient à la cuisse droite et à l'épigastre. La malade ne peut se tenir debout; les pertes rouges sont continues mais peu abondantes.

Le ventre est douloureux à la palpation, dans la fosse iliaque droite. Au toucher, le col et l'utérus sont en position normale, mais immobiles.

Rien dans les culs-de-sac gauche et antérieur.

Le cul-de-sac droit et le postérieur sont remplis par une masse volumineuse, lisse, fluctuante, roulant sous le doigt, du volume d'une orange et très douloureuse.

Le 23 octobre 1894. Ether. Trendelenburg. Laparotomie médiane. L'intestin est volumineux.

Dans le Douglas, caillot énorme ancien, avec tractus conjonctifs dans son intérieur; pas de fœtus. Castration double. Pas de drainage.

Les annexes gauches sont peu malades. A droite, ovaire énorme à petits kystes.

La trompe, du volume du médius, a des parois très épaisses. Elle paraît rompue au niveau du pavillon dilaté et excavée en demi-sphère.

Obs. X [1]. — *Hématocèle. Incision par le vagin. Mort d'hémorrhagie.*

Femme de 39 ans. Trois grossesses. A la suite de la dernière grossesse (à 22 ans), la malade a souffert du ventre et est restée deux mois au lit. Elle s'est très bien portée depuis, jusqu'en août 1895. A cette époque, elle éprouva de violentes douleurs dans le ventre. Elle entra le 25 août salle Delessert, avec des symptômes de pelvi-péritonite; on porta le diagnostic de salpingite double volumineuse. La malade sort le 1er septembre, sans avoir voulu se laisser opérer.

Le 14 septembre, en revenant de son travail, elle éprouve des douleurs abdominales très vives; elle a des nausées; elle rentre salle Delessert le 18 septembre.

Le ventre est très ballonné; la palpation est douloureuse, surtout à sa partie inférieure.

Il existe une zone de matité dans l'hypogastre, depuis le pubis jusqu'à deux doigts au-dessous de l'ombilic.

Au toucher, l'utérus est absolument immobilisé au milieu d'une masse énorme qui remplit le Douglas et les culs-de-sac latéraux, surtout à gauche.

La température, très élevée, oscille autour de 39°.

Le 24 septembre 1895, curage utérin; l'utérus, énorme, mesure 11 centimètres de profondeur : il est rempli d'une quantité considérable de fongosités.

A la fin du curage, il s'écoule du liquide séreux assez abondant, provenant probablement de la trompe.

Je ponctionne la masse postérieure à la pince trocart; elle est remplie de caillots.

Lavage phéniqué à 1 °/₀. Drainage à la gaze.

La malade meurt dans la journée brusquement, sans qu'on ait eu le temps de lui porter secours.

Autopsie. — Note de M. Descazals : L'abdomen est ballonné.

A l'ouverture de la paroi abdominale, il s'échappe une grande quantité de sang. Ce sang est répandu dans toute la cavité abdominale et remplit le petit bassin.

Dans la fosse iliaque gauche, on trouve une masse volumineuse à laquelle adhèrent en masse les anses intestinales.

Dans cette masse on trouve un fœtus de deux à trois mois. L'œuf est complet; les membranes sont intactes et le placenta est inséré au fond de l'utérus, empiétant sur sa face postérieure et sur son bord gauche. Ce placenta est décollé dans le tiers environ de son étendue, et ce décollement paraît avoir été la cause de l'hémorrhagie post-opératoire.

Dans le cul-de-sac postérieur il existe une deuxième poche de la grosseur d'une orange, due probablement à une hémorrhagie antérieure; cette poche a été ponctionnée par le vagin.

L'utérus est volumineux et ramolli.

[1] Observation rédigée par M. Descazals, interne des hôpitaux.

Les annexes droites sont saines. Il est impossible de retrouver les annexes gauches, tant les adhérences entre la poche fœtale et les parties voisines sont intimes.

M. G. Bouilly. — J'ai eu le regret de ne pouvoir prendre la parole, immédiatement après la lecture du rapport de M. Picqué, pour m'associer aux conclusions de ce rapport. Depuis ce moment, la discussion s'est étendue, et l'histoire presque entière de la grossesse extra-utérine a été passée en revue; dans un brillant exposé, notre collègue Segond a magistralement tracé les grandes lignes de la question et a formulé des conclusions pratiques qui ne diffèrent pas sensiblement de celles de M. Picqué. Il serait oiseux de reprendre aujourd'hui les mêmes arguments et de les développer à nouveau ; je partage le sentiment de la plupart de nos collègues et je n'aurais que peu de chose à ajouter à ce sujet.

La discussion a principalement visé deux points, la difficulté du diagnostic de la grossesse extra-utérine et les indications du traitement chirurgical.

Je laisse absolument de côté les cas exceptionnels dans lesquels cette grossesse, après des incidents multiples et plus ou moins variés, a pu atteindre sept à huit mois de terme, et dans lesquels la décision opératoire se trouve subordonnée à l'état de souffrance ou de tolérance de la mère. Je ne veux m'occuper en quelques mots que de la grossesse ectopique des trois premiers mois environ, celle que nous sommes appelés à voir et à traiter le plus souvent, soit en voie d'évolution, soit à l'occasion des complications dont elle est l'origine.

Comme l'a fort bien dit M. Segond, quelles que soient, à cette période les difficultés du diagnostic, celles-ci disparaissent devant la netteté de l'indication opératoire ; il s'agit d'une *tumeur* unilatérale des annexes à développement rapide ; la seule et vraie indication est son ablation par la laparotomie.

Même netteté d'indication quand les symptômes subits, alarmants, rapidement menaçants, font soupçonner une hémorrhagie interne par rupture d'une grossesse ectopique. Ici, il faut courir directement au danger, ouvrir le ventre et arrêter l'hémorrhagie par l'ablation du sac embryonnaire ou fœtal rompu. L'indication est urgente, et la remplir d'emblée, sans hésitation, peut représenter un des plus beaux triomphes de la chirurgie abdominale. Mais il faut bien reconnaître que les malades de cette catégorie, c'est-à-dire en danger immédiat de mort du fait de l'hémorrhagie, se présentent rarement au chirurgien ; ces malades sont transportées dans des services de médecine, où elles succombent ou bien se rétablissent, ou elles sont jugées trop malades pour être apportées

à l'hôpital, ou enfin, par ignorance de la nature des accidents, le chirurgien n'est pas appelé près d'elles.

Depuis 1880, c'est-à-dire depuis quinze ans, période possible de ces opérations, je ne relève que trois cas publiés dans les *Bulletins* de la Société ou du Congrès de chirurgie : l'un appartient à M. Tuffier, en 1893; l'autre à M. Michaux, en 1894 (on avait cru à un étranglement herniaire ombilical); le troisième a été rapporté par M. Demoulin au dernier Congrès de chirurgie. Enfin, depuis 1886, époque où je suis chargé d'un service de gynécologie, je n'ai reçu qu'une malade atteinte d'hémorrhagie intra-péritonéale en train de se faire par rupture d'une grossesse tubaire, hémorrhagie à laquelle elle succomba sans qu'il y ait eu d'intervention. Les cas de ce genre soumis à nos soins sont donc exceptionnels. Car je ne puis considérer comme des cas d'urgence les observations rapportées par M. Reynier ; il m'est impossible d'admettre comme lui, et suivant son expression, qu'il opère ses malades « en pleine hémorrhagie », puisque ses opérations ont été faites, l'une au quatrième jour, les autres dans la quinzaine ou le mois qui suivait la production de l'hématocèle. En effet, la plupart des malades qui nous sont amenées ont leur hémorrhagie faite et spontanément arrêtée depuis plusieurs jours ; elles viennent nous trouver parce qu'elles ont des douleurs abdominales et une perte sanguine par le vagin qui dure depuis plusieurs jours et se prolonge ; elles nous arrivent non pas en état d'hémorrhagie, mais avec une hématocèle. Leur histoire est à peu près toujours la même ; il s'agit de femmes jeunes, bien portantes, sans passé abdominal ; après un retard de règles de quinze jours, trois semaines, un mois, six semaines, rarement plus, elles ont été prises brusquement, en pleine santé ou après quelques malaises légers, d'un véritable *ictus péritonéal*, caractérisé par une violente douleur avec sensibilité diffuse étendue à tout l'abdomen, refroidissement, petitesse du pouls, nausées, vomissements, tendance syncopale. Cet état, qui peut ne durer que quelques heures ou se prolonger un jour ou deux, coïncide avec l'apparition d'un écoulement sanguin par la vulve, d'abord rouge, franchement coloré, puis, les jours suivants, de couleur rouille ou chocolat pouvant durer quinze jours ou un mois, jusqu'au retour des prochaines règles. Cette symptomatologie traduit la rupture de la grossesse ectopique ; tantôt cette rupture s'accompagne d'une abondante hémorrhagie intra-péritonéale, avec production d'une hématocèle, tantôt elle ne donne lieu qu'à l'épanchement d'une moindre quantité de sang restant renfermé dans le sac tubaire, avec écoulement de quelques grammes de sang qui se répand au niveau du pavillon de la trompe et que l'on retrouve au moment de l'opération sous forme de quelques petits caillots disséminés sur les anses

intestinales voisines et infiltrées dans l'épiploon. Il n'existe pas alors les signes caractérisant l'hématocèle péri-utérine, mais on constate une tumeur latérale plus ou moins élevée, siégeant sur un des bords et près du fond de l'utérus, et qui n'est autre qu'un *hémato-salpinx* par rupture de la grossesse tubaire.

Dans cette forme à petit épanchement sanguin, sans formation consécutive d'hématocèle, l'*ictus péritonéal* peut être aussi accentué que dans le cas d'une grande hémorrhagie, et l'aspect de la malade peut faire croire qu'on se trouve en présence d'une violente hémorrhagie interne. Les phénomènes péritonéaux de choc, de dépression nerveuse peuvent être tout aussi marqués que dans l'hémorrhagie cataclysmique.

A partir de ce moment, la grossesse est interrompue et les choses peuvent rester ainsi fort longtemps en l'état ; les malades souffrent peu dans les jours qui suivent, ne sont guère gênées que dans certains mouvements du tronc, et cette indolence relative, rapprochée des circonstances dramatiques dans lesquelles s'est produit la tuméfaction, peut être un utile élément de diagnostic entre l'hémato-salpinx et une affection inflammatoire de la trompe ou de l'ovaire. La douleur ne se réveille que si cette collection sanguine s'infecte ; ce qui peut arriver, comme nous le verrons tout à l'heure.

Je laisse pour le moment ces faits de côté ; ces *hémato-salpinx* par avortement tubaire sont rares, comparés à la fréquence de l'épanchement sanguin intra-péritonéal constituant l'hématocèle. Ils doivent être traités comme une tumeur des annexes et enlevés par la laparotomie ; on peut y trouver un embryon à divers degrés de développement.

Dans les cas d'hématocèle, de beaucoup les plus fréquents, en général le diagnostic s'impose ; la suppression plus ou moins prolongée des règles ou leur devancement, le brusque début des accidents avec un violent retentissement péritonéal, la présence d'une tuméfaction rétro-utérine déprimant plus ou moins le cul-de-sac de Douglas, coïncidant avec un développement exagéré de l'utérus, facile, en général, à palper, au-devant ou un peu déjeté sur l'un des côtés de la collection, et avec un écoulement sanguin rouillé, d'apparence chocolat, se prolongeant depuis plusieurs jours, sont des signes de premier ordre.

Voilà, à mon avis, les conditions et la physionomie ordinaires que nous trouvons pour ces malades ; elles nous apportent à traiter une *hématocèle péri-utérine*, consécutive à la rupture d'une grossesse tubaire.

Peu importe que l'on constate ou non la présence d'un embryon, ni le diagnostic, ni la conduite n'en doivent être modifiés. Un em-

bryon extra-utérin de 6 semaines à 2 mois 1/2 et quelquefois moins peut être retrouvé dans les caillots, si la collection est scindée près du début des accidents; il est résorbé et comme digéré s'il a séjourné longtemps dans les caillots après sa mort. En outre, il peut rester contenu et être résorbé sur place dans les caillots intra-tubaires, sans être tombé dans le grand épanchement sanguin intra-péritonéal.

Que cette rupture date de huit jours ou de plusieurs mois, les signes locaux ne changent guère; j'ai opéré tout récemment, à la fin de décembre 1895, une malade dont la rupture s'était produite le 15 août, plus de quatre mois auparavant, et j'ai trouvé et évacué environ un litre de caillots et de sang liquide noirâtre, ayant les mêmes apparences que donne une hématocèle de dix à quinze jours de date. Cette donnée est importante; elle nous prouve que, dans certains cas, le sang peut séjourner presque indéfiniment dans le péritoine sans s'infecter et, en second lieu, que ce serait se faire une singulière illusion que de compter sur la résorption spontanée de pareils épanchements.

Eh bien, contre cette variété d'épanchements, je le proclame et je le maintiens, et je suis heureux de m'appuyer de l'autorité et des faits concluants de mes collègues Picqué, Segond, Schwartz, Routier, l'incision et l'évacuation par le cul-de-sac vaginal postérieur constituent la méthode de choix et, comme l'a dit M. Segond, donnent des résultats véritablement merveilleux. Quinze jours, vingt jours, vingt-cinq jours au plus suffisent pour procurer une guérison simple et facile qui n'est entravée par aucun incident fâcheux.

Au dernier Congrès de chirurgie, j'ai cité dix cas de ce genre; depuis ce moment, je suis intervenu trois fois dans les mêmes conditions et avec le même succès.

Je repousse absolument les objections théoriques qui ont été faites à cette manière de procéder, à savoir la crainte de laisser une trompe malade, la possibilité d'accidents ultérieurs de ce côté, la nécessité d'une opération secondaire, etc. Mes premières opérations datent de quatre et cinq ans; plusieurs ont été faites sur des femmes de confrères ou des malades de la ville que j'ai eu souvent occasion de revoir. Aucune n'a présenté le moindre accident éloigné et l'examen local démontre une intégrité telle des culs-de-sac, qu'il est impossible de soupçonner les graves lésions dont ils ont été naguère le siège.

En terminant, je résume par les conclusions suivantes les divers faits auxquels j'ai fait allusion dans cette note :

1° La grossesse extra-utérine, *en voie d'évolution*, doit être

opérée et enlevée comme une tumeur des annexes par la laparotomie, quelle que soit la date à laquelle on opère;

2° L'hémorrhagie menaçante consécutive à la rupture de la grossesse extra-utérine doit être traitée par la laparotomie suivie de l'ablation du kyste fœtal; les malades dans ces conditions sont rarement vues dans nos services de chirurgie. Le fait est regrettable et l'ignorance parmi les médecins et les sages-femmes de la nature des accidents et du traitement à leur opposer coûte la vie à un certain nombre de femmes;

3° Dans l'immense majorité des cas, les malades que nous sommes appelés à traiter après la rupture d'une grossesse extra-utérine où la conception date de quelques semaines à deux mois et demi en moyenne, se présentant avec les symptômes classiques d'une hématocèle péri-utérine, alors que l'hémorrhagie est déjà arrêtée depuis plusieurs jours. Le diagnostic rétrospectif est en général possible;

4° Il n'est plus question alors du traitement de la grossesse extra-utérine : il ne s'agit plus que de l'évacuation d'une collection sanguine intra-péritonéale, réalisée d'une manière excellente, pour le présent et l'avenir, par la large incision du cul-de-sac postérieur.

Rapport.

Sur une observation de M. Pierre Delbet, intitulée : *Un cas de cholécysto-entérostomie; résultats éloignés.*

Rapport par M. CHAPUT.

L'observation très intéressante de notre collègue, M. Delbet, mérite d'attirer toute votre attention.

Il s'agit d'une femme de 52 ans, souffrant depuis dix ans d'un endolorissement de la région du foie, mais qui n'a jamais éprouvé de coliques hépatiques franches.

En juin 1892, sans raisons apparentes, elle devint ictérique et, depuis ce moment, ce symptôme n'a fait qu'augmenter.

En août 1894, elle entre à l'Hôtel-Dieu pour des accidents fébriles très intenses.

Au moment où M. Delbet l'examina, elle était d'une maigreur extrême, d'un aspect cachectique, le teint était d'un vert olive; elle avait de grands accès de fièvre : 39,5-40°; les matières étaient décolorées, la bile colorait les urines non albumineuses.

Le foie, très augmenté de volume, descendait jusque dans la fosse iliaque; la vésicule biliaire n'était pas perceptible.

Le diagnostic d'occlusion biliaire ayant été posé, M. Delbet opéra le 30 août 1894.

Il fit une incision verticale sur le bord externe du muscle droit; arriva sur la face convexe du foie dans laquelle il fit deux ponctions blanches.

Il vit ensuite la vésicule rétractée, collée sur un calcul du volume du pouce, long de 2 à 3 centimètres.

L'exploration du cholédoque était à peu près impossible, l'hiatus de Winslow était oblitéré par des adhérences; d'autres adhérences, très anciennes et très résistantes, étendues contre l'épiploon gastro-hépatiques et les anses voisines, rendaient très périlleuse la recherche du cholédoque.

M. Delbet, craignant que la libération du cholédoque ne compromît la vie de la malade, se décida à pratiquer la cholécystentérostomie.

Il incisa d'abord la vésicule biliaire et enleva à la curette le calcul qu'elle contenait. L'écoulement de la bile qui se fit alors montra que la cholécystentérostomie pouvait être exécutée rationnellement. L'opérateur choisit pour l'anastomose un point de la première anse grêle, pouvant être amené facilement au contact de la vésicule. Cette anse fut incisée sur son bord convexe, une suture en bourse fut placée sur l'orifice et serrée sur la tige d'un petit bouton de Murphy.

Même manœuvre fut faite sur la vésicule, mais l'articulation des deux demi-boutons fut impossible, la vésicule n'étant pas assez large pour permettre de saisir le bouton avec les doigts.

Les demi-boutons furent enlevés et l'anastomose fut établie par une suture à deux étages au catgut fin.

Je n'insiste pas sur les suites opératoires qui furent très simples; un petit point seulement à signaler : les selles, qui s'étaient colorées un peu le quatrième jour, se décolorèrent de nouveau le huitième. M. Delbet attribue cette particularité à la tuméfaction inflammatoire probable des bords de la fistule.

La malade, revue dix mois après, était complètement guérie, l'ictère avait disparu, les digestions et les selles étaient normales; quant aux accès fébriles, ils n'avaient pas reparu depuis de longs mois. Après l'opération, la température était d'abord restée élevée, puis elle avait descendu peu à peu, lentement et irrégulièrement.

Permettez-moi, messieurs, de revenir avec plus de détails sur certains points de cette observation qui me paraissent comporter quelques développements.

En présence d'une occlusion du cholédoque, d'origine probablement calculeuse, M. Delbet s'étant décidé à intervenir, a fait une laparotomie sur le bord externe du muscle droit. Il s'en est très bien trouvé, puisque l'intervention sur le cholédoque étant impossible, il a dû se décider à la cholécystentérostomie.

Avec MM. Delbet et Michaux, et contrairement à ce que pense M. Quénu, j'estime que dans les cas de ce genre, c'est toujours à

l'incision latérale qu'il faut avoir recours. Elle présente, en effet, l'avantage d'être l'incision de choix pour les opérations sur la vésicule, tout en permettant un abord très facile du cholédoque. Au contraire, l'incision médiane de M. Quénu ne donne accès qu'au cholédoque, ne permet guère l'exploration ni l'intervention sur la vésicule.

Non seulement il serait irrationnel de négliger de parti pris, l'examen de la vésicule, mais encore l'expérience a montré que dans un nombre considérable de cas, on avait dû faire des interventions sur la vésicule en même temps que sur le cholédoque.

Je ne saurais d'ailleurs mieux faire que de citer les phrases textuelles de la thèse de M. Jourdan sur la cholédocotomie : « Si l'on n'avait à intervenir que sur le cholédoque, la supériorité de l'incision médiane ne ferait aucun doute; telles les cholédocotomies secondaires. Mais dans les conditions ordinaires d'intervention pour ictère chronique attribué à la lithiase, on ne peut être sûr de n'avoir pas à intervenir sur la vésicule, soit isolément à l'exclusion du cholédoque, soit en même temps que sur celui-ci. Dans les deux tiers de nos observations (45 sur 71), la lithiase était vésiculaire et cystique, en même temps que cholédoquienne : l'intervention sur la vésicule a été simultanée à l'intervention sur le cholédoque, ou l'a précédée comme opération isolée. La vésicule, autant et même plus que le cholédoque, doit donc être considérée dans le choix de l'incision : l'opération l'intéresse le plus souvent et, dans certains cas, elle lui restera limitée; elle constitue de plus un excellent guide vers le cholédoque.

« L'incision latérale, sur le bord même du droit, nous paraît donc préférable. »

M. Delbet nous a raconté comment il avait trouvé l'hiatus de Winslow oblitéré, et comment ses adhérences anciennes et résistantes l'avaient empêché d'explorer le cholédoque ; c'est malheureusement ainsi qu'il en est trop souvent quand le cholédoque est malade, de telle sorte que les très intéressantes recherches de MM. Quénu et Michaux sur l'anatomie du cholédoque ne sauraient nous guider que dans les cas où le cholédoque est sain et nous laissent dans l'embarras quand nous aurions besoin d'être guidés.

M. Delbet, en présence de ces difficultés, a renoncé à la cholédocotomie, et il a bien fait; sur une malade épuisée, une opération laborieuse aurait probablement été suivie de mort.

Notre collègue n'avait plus le choix qu'entre deux interventions : la cholécystostomie et la cholécystentérostomie.

Chacune de ces deux interventions a ses partisans et ses détracteurs.

MM. Terrier et Michaux, s'appuyant sur les observations de

Ricard, du regretté Beaumetz, reprochent à la cholécystentérostomie de favoriser l'infection des voies biliaires, tandis que la cholécystostomie, sur laquelle M. Terrier vient de rappeler l'attention au Congrès de chirurgie, serait susceptible de faire cesser les accidents infectieux préexistants.

Je rappellerai que M. Tuffier a soutenu une opinion diamétralement opposée, en nous communiquant un fait de cholécystentérostomie pour cancer, qui mourut au bout de quelques semaines et à l'autopsie duquel le foie fut trouvé aseptique. Inversement, dans une seconde observation, une malade atteinte d'infection biliaire subit la cholécystostomie, meurt au bout de trois mois, et l'on constate bactériologiquement une angiocholte infectieuse.

S'il m'est permis d'exprimer mon opinion dans cette question délicate, je dirai que toute opération qui supprime la stase biliaire réalise de ce fait la désinfection relative des voies biliaires. A ce point de vue donc, les deux opérations se valent sensiblement.

On objectera à l'entérostomie biliaire que la vésicule débouche dans un milieu essentiellement septique, mais oserait-on sontenir que la cholécystostomie ne débouche pas en terrain septique, surtout, lorsqu'au bout de quelques semaines, le malade en est réduit à se panser lui-même.

Les exemples d'infections parties d'une cholécystostomie sont loin d'être exceptionnels et notre collègue, M. Félizet, m'en citait dernièrement un exemple.

En fait, ces infections sont assez rares parce que le rapide courant de la bile s'oppose à l'ascension des germes et les infections ne s'observent probablement que lorsque le cours de la bile se trouve ralenti pour une raison quelconque (diminution de sécrétion, rétrécissement des voies biliaires, congestionnées ou atteintes de spasme).

Quoi qu il en soit, l'une et l'autre opérations prêtent aux mêmes objections et aux mêmes éloges ; mais, tandis que la fistule cutanée biliaire est une infirmité très cruelle, tandis qu'elle nécessite souvent une nouvelle opération pour fermer la fistule et supprimer la lésion d'origine, au contraire, l'entérostomie biliaire ne présente aucun inconvénient pour le malade, et dans l'immense majorité des cas elle le guérit définitivement et sans grands dangers. De telle sorte qu'on pourrait l'opposer à la cholédocotomie elle-même comme traitement des calculs de ce conduit.

Mais je ne veux pas me laisser entraîner trop loin sur un terrain qui n'a pas encore été suffisamment étudié.

M. Delbet s'est donc décidé en faveur de la cholécystentérostomie, malgré les objections qu'on pouvait faire théoriquement à cette opération ; vous avez vu que non seulement cette intervention

n'a pas provoqué ni même entretenu la fièvre, mais qu'elle l'a guérie complètement et radicalement.

C'est là, messieurs, une constatation dont l'importance n'échappera à personne, car si des observations ultérieures démontrent que l'entérostomie biliaire est susceptible de rendre habituellement de pareils services, nul doute qu'elle ne doive prendre la place de la cholécystostomie dans le traitement des infections biliaires. Cette dernière intervention, évidemment plus bénigne, ne serait plus qu'une opération de nécessité qu'on réserverait aux malades particulièrement épuisés.

Je ne terminerai pas sans vous présenter quelques considérations sur la technique de l'opération de M. Delbet.

Notre collègue a choisi la première anse grêle pour pratiquer son anastomose. Il eût mieux valu sans doute anastomoser le duodénum, mais la chose était impossible en raison des adhérences.

On aurait peut-être pu anastomoser l'estomac, comme l'a fait avec succès M. Terrier, dont le malade continue à bien digérer, mais je doute que la bile soit faite pour être déversée dans l'estomac puisque, au dire des physiologistes, elle arrête instantanément la digestion gastrique.

De même qu'on ne doit pas faire l'anastomose trop haut, on ne doit pas la faire trop bas, c'est-à-dire sur une anse grêle quelconque, ni sur le gros intestin, sous peine de troubler notablement les processus normaux. M. Delbet a donc bien agi en choisissant la première anse grêle.

Vous avez vu, messieurs, comment le bouton de Murphy, après avoir été appliqué sur chaque viscère, n'a pu être articulé, faute d'espace ; c'est un nouveau grief à ajouter à ceux que j'ai déjà relevés contre cet ingénieux instrument. Cette rétraction de la vésicule est une nouvelle confirmation de la loi de Terrier-Courvoisier relativement à l'atrophie de la vésicule dans la lithiane biliaire. Je remarquerai de plus que les parois épaisses de la vésicule auraient rendu l'opération dangereuse, puisque les conditions favorisent la perforation viscérale. A ce propos, permettez-moi de vous rappeler l'observation de Shepherd (*Annals of Surgery*, mai 1893, p. 581) : Il s'agissait d'une tumeur maligne du pancréas, avec rétention biliaire, pour laquelle on fit d'abord une cholécystostomie. Quelques mois après on exécute une cholécystostomie avec le bouton de Murphy. La vésicule est très épaisse, on est obligé de serrer très fort le bouton et de mettre, en outre, quelques sutures de Lembert complémentaires. Le quatrième jour, hémorrhagie grave par la fistule cutanée qu'on avait laissé persister. Réouverture du ventre ; on constate que le bouton avait coupé

la vésicule épaisse et friable; l'hémorrhagie provenait de la tranche coupée. On incisa pour enlever le bouton et on sutura isolément le côlon et la vésicule. Mort.

M. Delbet, après avoir enlevé son bouton de Murphy, a fait l'opération de Colzi (la suture à deux étages). C'est, en effet, le procédé qui donne, à mon avis, le plus de garanties, tant par sa simplicité et sa rapidité, que par la facilité de son exécution.

Le procédé de M. Terrier est, entre les mains de cet habile chirurgien, d'une grande élégance, mais il est difficile d'exécution et il ne permet pas la suture de la muqueuse ; c'est, sans doute, ce qui explique que son usage ne se soit pas davantage généralisé.

Permettez-moi, messieurs, de résumer les données les plus importantes qui ressortent de cette observation sous la forme des conclusions suivantes :

1° L'incision latérale est l'incision de choix pour les interventions sur les voies biliaires;

2° L'exploration du cholédoque est assez souvent impossible, à cause des adhérences ;

3° La cholécystentérostomie est aussi efficace que la cholécystostomie pour faire cesser les infections biliaires ; elle ne crée pas une véritable infirmité, comme la fistule cutanée ; elle suffit à elle seule, dans la majorité des cas, pour assurer la guérison définitive ;

4° Le bouton de Murphy est contre-indiqué avec une vésicule rétractée ou à parois épaisses ;

5° Le procédé de *Colzi* est le procédé de choix pour l'exécution de la cholécystentérostomie.

Je vous demanderai, messieurs, de vouloir bien voter des remerciements à M. Delbet, insérer son observation dans nos bulletins et accueillir favorablement sa candidature aux prochaines élections.

Un cas de cholécysto-entérostomie. Résultats éloignés, par M. Delbet, chirurgien des hôpitaux.

Il s'agissait d'une femme de 52 ans, dont les antécédents n'offrent rien à signaler. Elle a eu un enfant à 21 ans. L'accouchement et ses suites se sont régulièrement passés.

Depuis de nombreuses années, une dizaine peut-être, la malade ne peut exactement préciser, elle ressentait dans la région de l'hypochondre droit une sorte d'endolorissement vague, qui ne devenait pénible que dans les moments de grande fatigue. Elle n'a jamais eu de coliques hépatiques franches.

Au mois de juin 1892, sans être autrement malade, elle devint rapidement jaune. Depuis cette époque, jusqu'au moment de l'opération, l'ictère a tantôt augmenté, tantôt diminué, mais il n'a jamais complète-

ment disparu. La malade n'a pas repris son teint normal. En juin 1892, elle fit un premier séjour de six semaines dans un service de médecine à l'Hôtel-Dieu.

Six mois après, son ictère étant devenu plus intense, elle entra à la Charité où elle est restée jusqu'au mois d'avril 1893.

Le 12 août 1894, elle vient à l'Hôtel-Dieu dans un service de médecine. Son état s'était alors considérablement aggravé. Elle était très amaigrie et présentait des accidents fébriles intenses.

Quand je la vis pour la première fois, elle était dans un état de maigreur extrême, d'aspect cachectique, d'un jaune verdâtre, couleur olive. Elle avait de grands accès de fièvre hépatique. La température s'élevait chaque soir à 39°,1 ou 40° pour retomber le matin à la normale.

Les matières étaient complètement décolorées, l'urine contenait des sels biliaires, mais pas d'albumine.

Les viscères thoraciques ne présentaient aucune altération appréciable.

Le foie était énormément augmenté de volume et particulièrement dans son lobe droit. Le bord antérieur de l'organe était situé à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et le lobe droit descendait jusque dans la fosse iliaque, si bien que parmi les médecins qui avaient vu la malade, plusieurs avaient pensé qu'il s'agissait d'un kyste hydatique. Je rejetai le diagnostic, parce que malgré l'augmentation de volume la forme était conservée, parce que le bord antérieur, tranchant, était net, parce que la consistance n'avait rien de la rémittence qu'on trouve dans les kystes hydatiques.

La vésicule biliaire n'était pas perceptible. Les pressions exercées dans la région où elle devait siéger, à la jonction du bord antérieur du foie et du bord externe du muscle droit ne déterminaient aucune douleur.

Pas d'épanchement dans l'abdomen. Pas de développement de la circulation veineuse pariétale. Décoloration absolue des matières.

La décoloration absolue des matières coïncidant avec un ictère intense entraînait le diagnostic d'obstruction des voies biliaires. On peut bien dans certains cirrhoses, alors que la cellule hépatique profondément altérée ne sécrète plus de pigment, observer de la décoloration des matières sans aucune obstruction des canaux excréteurs de la bile, mais alors il n'y a pas d'ictère.

Quelle était ici la nature de l'obstacle ? La longue durée de l'affection et l'absence de dilatation de la vésicule devait conduire au diagnostic d'obstruction calculeuse. Aussi proposé-je immédiatement une intervention à la malade qui la refusa d'abord. Comme son état s'aggravait de jour en jour elle finit par y consentir.

Je la purgeai, la mis au régime lacté, tout en lui donnant du salol et du benzonaphtol pour aseptiser son tube digestif autant que faire se peut, et le 30 août 1894, je pratiquai la cholécysto-entérostomie dans les conditions suivantes :

Je fis le long du bord externe du muscle droit une incision verticale longue d'environ 12 centimètres dont le milieu correspondait au bord

tangible du foie. Après l'avoir mis à nu, je pus constater qu'il était abaissé, hypertrophié en masse et sans déformation. Il était bien probable qu'il ne contenait pas de tumeur. Toutefois, obéissant à la pression d'un de mes aides, qui croyait toujours à un kyste hydatique, je fis deux ponctions dans le lobe droit sans y rien trouver.

J'arrivai facilement sur la vésicule biliaire, qui était très rétractée. Les parois, légèrement épaissies, étaient absolument collées sur un calcul gros comme le pouce et long de 2 à 3 centimètres.

Je voulus alors explorer le canal cholédoque, mais je tombai sur des adhérences en masse. L'hiatus de Winslow était complètement oblitéré par de fausses membranes. L'épiploon gastro-hépatique épaissi adhérait à plusieurs anses intestinales. Ces adhérences étaient anciennes et très résistantes. Je n'aurais pu les libérer que très difficilement, en prolongeant l'opération d'une manière qui n'aurait pas laissé de faire courir de grands risques à la malade très affaiblie. En outre, ces adhérences libérées, l'épaississement de l'épiploon gastro-hépatique, l'oblitération de l'hiatus de Winslow auraient rendu très difficile, sinon impossible, l'exploration du cholédoque.

Pour ces diverses raisons, je pensai qu'il serait préférable de faire une cholécysto-entérostomie si les canaux hépatique et cystique avaient conservé leur perméabilité ou si on pouvait la leur rendre.

Après avoir soigneusement protégé le péritoine par un rideau d'éponges montées, j'ouvris la vésicule. Le calcul qu'elle contenait était mou et adhérent. Je dus l'enlever à la curette.

Dès que la vésicule fut complètement déblayée, la bile, verdâtre, se mit à couler en abondance. Il était évident que cette bile venait du foie et que les canaux hépatique et cystique n'étaient pas oblitérés. L'exploration ne révélait d'ailleurs rien de ce côté. La cholécysto-entérostomie pouvait donc être efficace.

Je cherchai la première anse de l'intestin grêle ; je choisis sur elle un point, qui pouvait être amené sans tiraillement ni coudure au contact de la vésicule, et après avoir protégé le péritoine, je l'incisai longitudinalement sur son bord convexe. Par cet orifice, j'introduisis le plus petit numéro de bouton de Murphy. Je faufilai une fine soie tout autour de l'incision et, serrant le fil, je fixai en collerette l'ouverture intestinale autour de la tige creuse du bouton. Je répétai sans difficulté la même manœuvre du côté de la vésicule.

Mais ce bouton emplissait complètement la vésicule rétractée ; il était très difficile de la saisir et de la manœuvrer. Je ne pouvais le pousser directement ; il me fallait agir au travers du foie, si bien que je ne pus réussir à engrener la branche mâle et la branche femelle. Après plusieurs tentatives, je me vis forcé d'y renoncer. Il est probable que je n'aurais pas rencontré cette difficulté si, avant de fixer en collerette les ouvertures intestinale et vésiculaire sur les tiges du bouton, j'avais pris soin de les engrener sans les serrer.

Toujours est-il que je dus couper mes deux fils, enlever les deux parties du bouton et recourir à la simple suture. J'en fis deux plans au catgut, l'un muco-muqueux et l'autre séro-séreux, et je fermai com-

plètement la plaie abdominale, sans la drainer, par des sutures au fil d'argent.

Les suites opératoires furent tout à fait bénignes. Dès le lendemain de l'opération, je fis prendre à la malade 2 grammes de benzonaphtol par jour. On lui donna des lavements nutritifs qu'elle conserva toujours très mal. L'alimentation par la bouche ne put commencer que le sixième jour.

La température resta d'abord élevée, comme avant l'opération, puis elle se mit à baisser lentement et d'une manière très irrégulière.

La première selle, qui eut lieu le quatrième jour de l'opération, fut légèrement colorée; les matières étaient jaune d'ocre et non plus blanc mastic. Mais vers le huitième jour elles se décolorèrent de nouveau, presque complètement. Il est probable que la tuméfaction inflammatoire des bords de la fistule avait amené une obstruction de son orifice, bien qu'il n'y ait eu aucun phénomène douloureux dans la région. Cette obstruction fut d'ailleurs transitoire. Quelques jours après, les matières se recoloraient, et elles n'ont pas tardé à reprendre leur aspect normal qu'elles ont toujours conservé depuis.

L'ictère ne diminua qu'avec une extrême lenteur. Quand la malade sortit de l'hôpital, le 22 octobre, un mois et vingt-trois jours après l'opération, elle était encore jaune.

Depuis cette époque j'ai pu suivre la malade, et je l'ai vue pour la dernière fois le 2 juillet 1895, soit dix mois après l'intervention.

Elle est restée dans un état de santé absolument parfait. Elle s'alimente comme tout le monde. Ses digestions sont bonnes; ses selles, régulières et d'aspect normal.

Localement, la cicatrice est solide, et il n'y a dans la région aucun point sensible. Le foie, bien qu'ayant diminué, est encore très volumineux. Le bord antérieur passe à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic et descend du côté droit presque jusqu'à la crête iliaque. Toutefois la situation du bord antérieur ne donne pas la mesure exacte de l'augmentation de volume, car le foie est très abaissé.

Le fait important, c'est que les accidents d'infection hépatique, qui avaient atteint un si haut caractère de gravité, ont rétrocédé complètement. La malade n'a pas eu un seul accès de fièvre. Depuis qu'elle est opérée, elle n'a dû interrompre ses occupations de ménagère qu'une seule fois, à la suite d'une hémarthrose du genou et de contusions multiples. Elle avait été renversée par une voiture.

Ainsi, non seulement la cholécysto-entérostomie n'expose pas forcément à l'infection des voies biliaires, comme l'avaient craint certains chirurgiens, mais encore elle est capable de faire cesser les accidents de cet ordre lorsqu'ils existent.

Discussion.

M. Quénu. Les réflexions et conclusions de M. Chaput sont passibles d'une foule d'objections, je pense que mes collègues ne s'en feront pas faute, je me contente pour ma part de relever les points suivants :

Il semble, à entendre M. Chaput, qu'une laparotomie faite avec incision médiane ne puisse permettre d'aborder la vésicule biliaire, c'est là une forte exagération, d'autant que si on éprouve parfois quelque gêne, il est facile de se mettre à l'aise en sectionnant horizontalement le droit de l'abdomen.

M. Chaput nous dit ensuite que les explorations du cholédoque ne sauraient nous guider que lorsque le cholédoque est sain ; autant dire que l'exploration du cholédoque est une exploration inutile. Mais il suffit de se reporter aux observations françaises et étrangères et à celles que j'ai moi-même publiées pour constater que cette exploration du cholédoque a parfois servi à déceler des calculs qui ont pu de la sorte être enlevés. Il en a été ainsi chez une malade guérie, dont j'ai présenté ici même le calcul cholédoquien.

M. Chaput plaide enfin la cause de la cholécystentérostomie. Qu'il me permette de lui dire que pour faire cet abouchement il faut une vésicule biliaire non atrophiée, que dans la chirurgie biliaire, plus qu'ailleurs, on fait ce que l'on peut et qu'on risque de conclure à faux en étant absolu dans ses conclusions.

M. Terrier. — Notre collègue a soulevé une infinité de questions. Il n'est aucunement prouvé que le malade de M. Delbet ait eu un calcul du cholédoque. Il est souvent fort difficile de se prononcer sur l'état des parties, même le ventre ouvert : les adhérences de la vésicule à la paroi ou aux viscères voisins, l'oblitération de l'hiatus de Winslow, toutes ces conditions anormales rendent les explorations difficiles, c'est entendu, mais faut-il en conclure que connaître l'anatomie normale du cholédoque est chose inutile? Ces notions d'anatomie ne servent pas toujours, voilà tout ce qu'on peut dire. Dans l'observation discutée, il existait un calcul au col de la vésicule biliaire, on l'a enlevé, la bile a coulé, alors deux plans se présentaient : établir une fistule cutanée ou une fistule intestinale. La première crée peu de dangers, les adhérences ont au moins cet avantage de permettre une conduction facile de la bile au dehors. Si on se décide à une fistule intestinale, quelle portion d'intestin faut-il choisir?

J'aurais préféré, pour ma part, la première ou deuxième portion du duodénum à une anse jéjunale. Le choix n'est pas, du reste, toujours laissé à l'opérateur ; on fait ce qu'on peut, il m'est arrivé et il est arrivé à deux chirurgiens de Vienne, d'anostomoser la vésicule biliaire avec l'estomac [1]. M. Chaput prétend que l'arrivée

[1] Le professeur A. Dastre (*Arch. de physiol.*, 5e série, t. II, p. 316; 1890) et Ruggero Oddi de Perouse (*Azione della Bile Sdlla digestione gastrica*. Perregia, 1887) ont démontré que « l'introduction de la bile dans l'estomac ne

de la bile dans l'estomac empêche les digestions. Ignore-t-il donc que le contraire est prouvé et par les expériences multiples des physiologistes et par les faits d'observation clinique, mes malades n'ont souffert d'aucun trouble digestif, par conséquent je puis dire que si la vésicule est longue et s'y prête, on doit l'anostomoser avec la première ou la deuxième portion du duodénum, mais qu'en cas de besoin il ne faut pas hésiter à l'aboucher dans l'estomac.

Un autre point sur lequel je veux attirer l'attention et que M. Chaput néglige, c'est que la pathologie du foie est dominée par le fait de l'infection biliaire.

J'ai des malades en observation dont les voies biliaires sont ouvertes depuis quatre ou cinq mois, la bile qui s'écoule renferme du bactérium coli en quantité prodigieuse et se montre septique pour les animaux aux quels je l'ai inoculée. J'observe, d'autre part, une autre malade chez laquelle la bile a cessé d'être septique. Je crus alors, à cause de cet état aseptique apparent, pouvoir sans inconvénient fermer la fistule ; mais la bile en état de rétention redevint septique, détermina la formation d'un abcès et je dus lui rendre son libre cours au dehors.

Ces difficultés relatives à l'infection biliaire et à la question de fermeture des fistules nous suggèrent évidemment cette idée de préférer une fistule intestinale à une fistule cutanée, certes, mais la première constitue une opération longue et plus laborieuse ; la seconde est courte et facile, or nous avons souvent affaire à des malades hépatiques pour lesquels la brièveté de l'opération est de toute nécessité sous peine de mort; je conclus qu'il ne faut pas être absolu dans le choix de son opération.

Je conclus aussi qu'il ne faut pas être absolu dans le choix de l'incision, l'incision médiane a ses indications, complétée par un débridement transversal, elle permet d'aborder très aisément la vésicule biliaire.

M. Chaput. — J'apprécie les recherches anatomiques et j'ai seulement voulu dire que l'exploration du cholédoque ne donnait pas toujours des résultats positifs. Je pensais également être classique en considérant l'arrivée de la bile dans l'estomac comme chose anormale.

produit ni vomissements, ni troubles gastriques; elle n'amène pas la précipitation des peptones et n'entrave pas la fonction digestive de l'organe » (Dastre, *loc. cit.*, p. 321).

Enfin MM. Max Wuckhoff et F. Angelberger (*Wiener klin. Wochenschrift*, n° 18, p. 325; 1893) ont chez une femme abouché la vésicule avec l'estomac et ont obtenu un succès.

Présentation de pièces.

M. Quénu. — Je mets sous vos yeux un tube de gélose que j'ai ensemencé avec du liquide de kyste hydatique infecté à la suite d'une ponction. Je dis à la suite et non par une ponction ; c'est qu'en effet l'observation que je vous soumets me semble à cet égard très démonstrative et de nature à éclairer la façon dont s'établissent d'une manière générale les suppurations des kystes hydatiques.

Ma malade, âgée d'une trentaine d'années, présentait depuis plus de deux ans et demi des troubles gastro-intestinaux des plus prononcés, elle était soignée pour de la dyspepsie stomacale, et il ne se passait pas de quinzaine qu'elle ne fût sujette à des périodes de diarrhée, elle souffrait en même temps dans l'hypochondre droit et dans les reins ; jamais de jaunisse ou de décoloration des matières fécales.

Je l'examinai pour la première fois il y a un mois, reconnus l'existence d'un kyste de la face convexe et proposai une ponction exploratrice.

Celle-ci fut faite par moi au dispensaire Péreire, le 12 janvier dernier. La malade, baignée plusieurs fois, avait gardé un pansement humide toute la nuit, elle fut brossée, lavée, savonnée, passée à l'alcool, à l'éther et au sublimé, comme pour une laparotomie. Le trocart de l'appareil Potain fut retiré par moi-même de la casserole où il bouillait.

J'évacuai 2 litres 1/4 de liquide clair comme de l'eau de roche. Pansement avec de la gaze iodoformée, de la ouate et un bandage de flanelle.

Dès le surlendemain, la fièvre se déclara, il y eut de l'urticaire, des nausées, des sueurs profuses, un empâtement de la région hépatique et des douleurs vives dans celle-ci ; en présence de la persistance de la fièvre les jours suivants (39°,5 le soir, 37°,8 à 38°,2 le matin), je résolus de hâter l'intervention définitive.

Le 23 janvier, soit onze jours après la ponction, je fis une laparotomie, ouvris le kyste après avoir circonscrit préalablement la zone à ouvrir par une couronne de sutures à la paroi abdominale.

Le péritoine renfermait du liquide citrin clair, et qui resta stérile, voici un tube ensemencé avec ce liquide qui l'atteste. Le kyste incisé donna issue à du liquide presque transparent, coloré en jaune, et d'une odeur fade et fétide ; on en recueillit dans le kyste même avec une pipette et on ensemença sur gélose ; le tube que voici a prodigieusement cultivé et n'a donné que du bactérium coli. Depuis la fièvre a baissé progressivement sans disparaître tout à fait, mais la malade est en bonne voie de guérison.

Il me semble qu'il est facile de tirer un enseignement de cette observation. Ma ponction est intervenue pour provoquer l'infection du kyste, cela est certain, mais comment ? Dix jours après la première ponction, le liquide renfermait d'une part de la bile, d'autre part du bactérium coli ; n'est-il pas évident que l'infection est venue justement par cette bile.

Sous l'influence d'une décompression subite, résultat de l'évacuation du liquide kystique, quelques vaisseaux biliaires, au contact de la paroi kystique, ont dû se rompre et déverser leur contenu dans la cavité hydatique, cette bile devait être vraisemblablement infectée : la persistance et l'intensité des troubles diarrhéiques militent en faveur de cette hypothèse, et infectée par le bactérium coli que nous avons justement retrouvé dans le second liquide obtenu au moment de l'incision.

Il est donc juste de ne pas toujours accuser la ponction d'être l'agent direct de l'infection des kystes hydatiques ; dans un bon nombre de cas, chez les malades à voies biliaires infectées par le coli, la ponction n'agit que d'une façon indirecte, en favorisant la rupture et l'évacuation dans le kyste de bile septique ; ce mécanisme a peut-être une portée plus générale et s'applique vraisemblablement aux infections qui surviennent en dehors de toute ponction préalable.

Discussion.

M. Michaux. — J'ai opéré cette année une malade du service de M. Fernet qui présentait des accidents infectieux hépatiques très curieux, puisqu'il y avait infection biliaire consécutive à une suppuration d'un vieux kyste hydatique pédiculé de la face inférieure du foie.

Après avoir été très améliorée pendant un mois par la marsupialisation du moignon de cette poche en grande partie extirpée, la malade a succombé à l'infection du foie et à un véritable épuisement dû à l'écoulement incessant de la bile, l'autopsie nous a révélé des faits anatomiques très curieux : nous avons vu une branche collatérale du canal hépatique qui s'ouvrait au fond de la poche et fournissait la bile qui s'échappait en abondance par la poche, et de plus nous avons trouvé dans la branche droite du canal hépatique et dans le canal cholédoque deux énormes débris de poche hydatique infectés.

Je partage absolument l'avis de MM. Terrier et Quénu sur l'importance de l'infection dans les accidents hépatiques de la lithiase et des kystes hydatiques du foie.

M. Terrier insiste sur la combinaison des kystes hydatiques et

des abcès multiples du foie, l'infection biliaire est souvent à l'état latent et n'attend qu'une occasion pour se manifester.

M. Peyrot présente une pièce de lipômes multiples de l'abdomen.

Présentation de malades.

Nouveau procédé opératoire pour l'amputation de cuisse sous-trochantérienne et la désarticulation de la hanche. Amputation discordante.

Par le Dr CHAPUT, chirurgien des hôpitaux.

J'ai opéré, en août 1895, deux malades auxquels j'ai fait l'amputation de cuisse sous-trochantérienne par le procédé à lambeaux.

Dans ces deux cas, j'ai été frappé de l'abondance de l'hémorrhagie. A partir du moment où l'on commence la transfixion jusqu'à l'instant où la section de l'os est terminée, le malade perd une quantité de sang énorme qui provient, soit des artères insuffisamment comprimées, soit des veines fémorales superficielles ou profondes ou de leurs principaux affluents. La quantité de sang perdue varie entre 300 et 1,000 grammes, quantité d'autant plus importante qu'il s'agit de malades plus affaiblis par l'hémorrhagie ou l'infection antérieure.

La suppression de cette hémorrhagie me paraît très difficile à obtenir par les procédés ordinaires.

L'emploi de la bande d'Esmarch est impossible quand on coupe le fémur à la racine de la cuisse.

La compression de l'artère est rendue plus difficile par les mouvements auxquels on soumet le membre pendant le relèvement et la rétraction des lambeaux.

Enfin, il est très difficile de pincer tous les vaisseaux qui saignent avant de scier l'os ; on perd ainsi un temps précieux et on n'aboutit qu'à perdre davantage de sang, de telle sorte qu'en suivant le procédé classique, le plus simple est encore de poser seulement deux ou trois pinces sur les plus gros vaisseaux, de comprimer le reste avec des éponges et de scier l'os le plus tôt possible, puis de faire l'hémostase définitive.

J'insiste encore sur ceci que plusieurs minutes se passent avant qu'on ait : 1° achevé la transfixion ; 2° incisé circulairement jusqu'à l'os ; 3° ruginé l'os pour décoller le périoste ; 4° scié l'os.

Pendant ces quelques minutes, le sang coule à flots, et avec lui la vie de l'opéré.

Je me fis toutes ces réflexions, il y a quelques mois, auprès d'un jeune homme de 16 ans qui, en décembre 1894, avait été pris d'une poussée d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur gauche.

Au bout d'un mois, M. Albarran, appelé à examiner le malade, lui fit trois incisions, l'une au tiers moyen de la cuisse, les deux autres au tiers inférieur, en dedans et en dehors du membre.

Au commencement de septembre 1895, le malade fut pris de phénomènes inflammatoires au niveau de la partie inférieure du fémur. La région se tuméfia, la peau présenta de la lymphangite, et les ganglions inguinaux se prirent ; la température devint très élevée, il y eut des vomissements.

Peu après, l'articulation du genou présenta un épanchement abondant. Une ponction à la seringue de Pravaz retira un liquide opalin ; on fit une ponction avec un gros trocart, on évacua et lava à l'eau phéniquée forte.

Deux jours après (9 septembre), la ponction ramena du pus véritable ; nouvelle injection phéniquée.

Le 11 septembre, l'état général était très grave, la température très élevée, la langue sèche et le genou très distendu. Il existait deux fistules à la partie inférieure de la cuisse, conduisant sur l'os. Une troisième fistule s'était réouverte récemment à quatre travers de doigt du pli fessier.

L'arthrotomie était indiquée, mais on risquait, en la pratiquant au voisinage d'un foyer de suppuration, de rendre la réinoculation fatale ; on risquait de ne pas améliorer le malade et de compromettre sa vie en perdant un temps précieux. D'autre part, quand on connaît la marche habituelle de l'ostéomyélite prolongée, on sait le triste avenir qui attend les malheureux qui en sont atteints. Le plus souvent ils gardent des fistules pendant un temps fort long, dix, quinze, vingt ans, et ils finissent presque toujours par se faire amputer. Il est clair que, pour eux, l'amputation précoce eût été un bienfait.

Toutes ces raisons me déterminèrent à préférer l'amputation à l'arthrotomie.

Mais, ici, une nouvelle difficulté se posait ; en raison du siège élevé de la troisième fistule, j'étais conduit à pratiquer l'opération sous-trochantérienne. D'autre part, avec l'expérience que j'avais de cette opération, il était à craindre que la perte de sang considérable que comporte cette amputation ne compromît la vie de mon malade.

Pour éviter ces inconvénients, je me décidai à couper l'os très

haut, au ciseau (ostéotomie sous-trochantérienne), pour enlever toute l'étendue de l'os malade ; à sectionner les parties molles très bas et circulairement, afin d'éviter l'hémorrhagie des amputations élevées et afin de diminuer l'étendue des surfaces cruentées ; enfin à réunir l'incision de l'ostéotomie à celle des parties molles, afin de dénuder et libérer complètement l'os. L'opération ainsi exécutée fut très rapide, très facile, beaucoup plus facile qu'une amputation sous-trochantérienne classique ; la perte de sang fut nulle et le malade guérit parfaitement. La cicatrisation fut un peu longue, parce que, ayant opéré en tissus infectés, je crus devoir ne pas réunir la plaie.

L'opéré, présenté le 29 janvier 1896 à la Société de chirurgie, a le plus beau moignon que j'ai jamais vu ; on ne peut pour ainsi dire pas trouver l'extrémité osseuse coupée, tant le coussin musculaire est épais.

Technique de l'amputation discordante sous-trochantérienne.

1er *temps : Ostéotomie sous-trochantérienne.* — Après avoir déterminé le point exact où devra porter la section osseuse, je fais en ce point une incision verticale de quelques centimètres, située à la partie externe de la cuisse. Cette incision est conduite immédiatement jusqu'à l'os. Sur le plat du bistouri qui garde le contact osseux, je glisse un ostéotome de Mac Ewen et, avec le gros maillet, je sectionne l'os avec les précautions classiques (sac de sable, etc.).

2e *temps : Section circulaire des parties molles à la partie inférieure de la cuisse.* — J'incise la peau circulairement immédiatement au-dessus de la rotule, je la retrousse en une manchette longue de deux doigts, puis je coupe toutes les parties molles jusqu'à l'os. Des pinces sont posées sur les principaux vaisseaux qui saignent.

3e *temps : Incision externe réunissant les incisions précédentes.* — Je prolonge alors en bas l'incision de l'ostéotomie jusqu'à ce que j'ai rejoint l'incision circulaire de la peau. Je coupe rapidement jusqu'à l'os, je le dénude au bistouri, et quand cette dénudation est terminée, l'opération est achevée.

On peut alors *ad libitum* réunir hermétiquement, laisser la plaie largement béante, ou réunir seulement soit l'incision circulaire, soit l'incision externe.

Je conseille de réunir toujours l'incision externe, car les muscles font une hernie considérable à travers cette plaie lorsqu'elle n'est pas suturée, et la cicatrisation s'en trouve considérablement retardée.

Avantages de cette opération.

Cette opération est très rapide, beaucoup plus rapide que l'amputation sous-trochantérienne classique.

Elle est beaucoup plus facile, car dans cette région la rétraction des lambeaux est très difficile.

Tandis que l'amputation classique comporte une perte de sang considérable, l'amputation discordante n'en fait pas perdre une goutte. Il y a beaucoup moins de vaisseaux coupés, les ligatures sont moins nombreuses, l'hémostase est donc courte et la plaie est moins exposée à l'infection.

Les surfaces cruentées de l'amputation discordante sont moitié moins étendues en surface que celles de l'amputation sous-trochantérienne à lambeaux. Il y a donc moins d'absorption de germes au cours de l'opération et moins de chances d'infection.

Enfin, le moignon de l'amputation discordante est le plus beau qui se puisse voir, même quand on a bourré la plaie comme dans mon cas.

Comparaison de l'amputation discordante avec le procédé de Neudorfer.

Neudorfer a décrit en 1891 dans le *Wiener medicinische Wochenschrift* un procédé opératoire qui présente de grandes analogies avec celui que je viens d'exposer. Meisenbach a publié un mémoire sur l'opération de Neudorfer dans les *Annals of Surgery*, 1894.

Neudorfer commence à la partie externe de la cuisse une incision de 12 centimètres qu'on conduit jusqu'à l'os; le périoste est soigneusement décollé à la rugine et l'os est coupé au ciseau à la partie supérieure de l'incision. On coupe ensuite les parties molles circulairement au niveau de l'extrémité inférieure de l'incision externe.

Les avantages relevés par Neudorfer sont relatifs à l'absence de rétraction des parties molles, à l'absence de conicité du moignon, à la conservation du périoste et à la facilité opératoire.

L'opération que j'ai décrite est très différente, sinon dans son exécution, du moins dans le but qu'elle se propose; en ce sens qu'elle est caractérisée par les points suivants que Neudorfer n'a pas visés : section discordante de l'os et des parties molles procurant comme avantages spéciaux une perte de sang beaucoup moindre et une diminution considérable de l'étendue des surfaces cruentées.

Tandis que l'amputation de Neudorfer est applicable à tous les

membres et à toutes les amputations, l'amputation discordante n'a sa raison d'être que pour l'amputation sous-trochantérienne et la désarticulation de la hanche.

Technique de la désarticulation discordante de la hanche.

1er temps : Ostéotomie du col fémoral. — Au moyen d'une incision située sur le trajet du bord supérieur du col fémoral, je fais l'ostéotomie de ce col vers sa partie moyenne.

2e temps : Section circulaire des parties molles à la partie inférieure de la cuisse. — Ce temps s'exécute comme il a été dit plus haut.

3e temps : Incision externe réunissant les incisions primitives, suivie d'isolement et d'ablation du fémur.

4e temps : Extirpation de la tête fémorale. — Avec un davier de Farabœuf, je saisis le col fémoral et j'enlève la tête fémorale au bistouri.

Si l'ablation de cette tête n'est pas indispensable, il est préférable de la laisser en place pour éviter l'accumulation des liquides dans la cavité cotyloïde.

J'affirme que ce procédé de désarticulation de la hanche est plus facile, plus rapide, moins hémorrhagique et plus bénin que les procédés antérieurement décrits.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire annuel,

QUÉNU.

Séance du 5 février 1896.

Présidence de M. TH. ANGER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. DUBOURG (de Bordeaux), remerciant la Société de sa nomination au titre de membre correspondant.

Suite de la discussion sur la grossesse extra-utérine.

M. Tuffier. — Si je prends la parole dans cette discussion sur le diagnostic et le traitement de la grossesse extra-utérine, c'est que j'ai eu l'occasion d'observer 35 malades atteintes de cette affection et d'en opérer 34, et que, ayant été chargé pendant ce semestre d'un cours à la Faculté sur la pathologie des organes génitaux de la femme, j'ai dû étudier ce chapitre de très près. Mes 34 opérations ont été pratiquées de 1889 à 1896 et comprennent la statistique de toutes les observations personnelles que j'ai pu rassembler, dont 19 sont détaillées et suivies assez longtemps pour juger de la valeur définitive des opérations. Tous ces faits, à l'exception d'un seul, émanent de ma pratique hospitalière de l'hôpital Cochin, de l'hôpital Beaujon et de mon service actuel à la Maison municipale de santé. J'ai déjà publié 10 de ces faits : 6 dans l'intéressant travail de mon ancien élève, aujourd'hui mon distingué collègue de la Faculté de Bordeaux, M. W. Binaud [1]; 2 dans la thèse de mon élève Rodriguez [2], où j'ai défendu l'incision du cul-de-sac postérieur ; enfin 2 cas dont je vous ai présenté les pièces ici-même [3]. Dans un cas, il s'agissait d'un lithopédion et, dans l'autre, d'un fœtus libre dans l'abdomen.

J'adopte, pour le diagnostic et le traitement de la grossesse extra-utérine, la division classique rappelée par mon collègue Segond — grossesse après le 5e mois — et grossesse avant le 5e mois.

La première variété, que j'appellerai *obstétricale*, est rare et je ne l'ai jamais observée. Elle est surtout du domaine des accoucheurs. La variété réellement chirurgicale a trait à la grossesse ectopique avant le 5e mois et, en dehors des cas exceptionnels où le diagnostic a pu être soupçonné, elle est prise pour une tumeur unilatérale des annexes particulières de la laparotomie.

En réalité, dans la pratique courante, c'est à la grossesse extra-utérine *avant le 5e mois, grossesse morte et compliquée* que nous avons généralement affaire, et c'est la seule que j'ai eu à traiter dans mes observations.

Les complications fréquentes qui réclament alors notre intervention, sont de trois ordres :

1° Les ruptures du kyste fœtal avec inondation sanguine du péritoine ;

[1] J.-W. Binaud, *Thèse de Bordeaux*, 1892, obs. I, II, LXI et LXIV, p. 160 et 165.

[2] Rodriguez, *Thèse de Paris*, obs. XX et XXI.

[3] Tuffier, *Annales de gynécologie*, 1892, t. XXXV, p. 461.

2° Les ruptures avec épanchement enkysté, correspondant à l'ancienne hématocèle ;

3° Les suppurations consécutives à ces épanchements enkystés.

Je laisse de côté les conséquences classiques, telles que rétroflexion, adhérences, de même que l''histoire du lithopédion.

Je crois qu'il faut absolument distinguer, aussi bien au point de vue clinique et diagnostique, que thérapeutique, les ruptures avec inondations du péritoine et les épanchements primitivement enkystés, véritables hématocèles. Je ne partage pas du tout l'opinion de ceux qui veulent voir dans l'hématocèle une terminaison, un reliquat, un enkystement de cette inondation primitive ; pour moi, ce sont deux complications différentes à tous égards, n'ayant de commun que l'origine, et je m'élève contre la confusion souvent faite entre ces deux états, parce qu'elle conduit à une même thérapeutique :

1° *Rupture du kyste fœtal avec inondation péritonéale.* — J'ai observé 4 de ces faits et j'ai dû intervenir chez trois malades. Je ne crois pas cette variété aussi rare que le pense M. Bouilly. Si, autrefois, nous les observions plus rarement, c'est parce que l'allure clinique de la maladie faisait conduire les malades qui en étaient atteintes dans les services de médecine, tandis qu'heureusement, les affections aiguës de l'abdomen sont actuellement dirigées de suite sur les services de chirurgie, et je ne doute pas que ce soit là la cause de notre désaccord. Il est probable que les opérations dans ces cas deviendront de plus en plus fréquentes.

Voici, en effet, comment les choses se sont passées dans les 4 cas que j'ai observés. Il s'agit de femmes jeunes (26 ans, 30 ans, 32 ans) qui, après une période d'irrégularité menstruelle, sont prises brusquement d'une douleur très violente dans l'abdomen avec tous les signes apparents d'une péritonite aiguë. On les amène dans l'état le plus grave, la face est pâle, les yeux excavés, les lèvres décolorées, l'abdomen est tendu, météorisé, douloureux et présente de la submatité dans son tiers inférieur, le pouls est petit, rapide, filiforme, les vomissements sont inconstants. Ce sont, en somme, les signes d'une péritonite et, en y regardant de plus près, d'une hémorrhagie interne abdominale. Le diagnostic est cependant possible et peut se baser sur les antécédents de la patiente. En général, signes de métrite ancienne et signes de grossesse récente. Chez une première malade, le diagnostic ne fut pas porté. Je pus soupçonner la lésion chez la seconde et l'affirmer chez la troisième. L'étude que nous en fîmes, servit à une quatrième femme chez laquelle mon interne, M. Navaro, n'hésita pas à porter le diagnostic d'inondation péritonéale et appela d'urgence un chirurgien du Bu-

reau central, qui put vérifier le diagnostic et sauver la malade. M. Hartmann vous a lu ici cette intéressante observation.

De mes trois malades j'en ai opéré deux, le deuxième jour des accidents et une le troisième jour. Ce sont des accidents graves d'hémorrhagie qui ont commandé l'intervention.

La laparotomie, dans ce cas, me conduisit sur un péritoine rempli de sang et de caillots, puis deux fois sur une trompe dont la rupture saignait encore et laissant, dans un cas, passer un fœtus attaché par son cordon ombilical. Dans mon troisième cas, l'état de la malade était tel que je dus, pour abréger l'opération, tamponner à la gaze la région qui saignait en nappe. Mes trois malades ont guéri, mais il s'en faut de beaucoup que je compte poursuivre aussi heureusement cette statistique et je veux, au contraire, mettre en garde nos collègues contre un optimisme dangereux. L'opération pratiquée ainsi d'urgence est grave et délicate, et elle doit être menée rapidement à bonne fin. Elle me paraît grave, parce qu'elle porte sur un sujet en plein état de schok et d'anémie vraie; ces malades n'ont vraiment que le souffle. Elles sont tellement exsangues qu'on hésite vraiment à les anesthésier, et que *la rapidité dans l'exécution opératoire* est ici, plus encore que partout ailleurs en chirurgie abdominale, un élément important de succès.

Les injections de sérum artificiel me paraissent trouver ici leur plus nette indication et les résultats seront favorables ; je compte y avoir recours chez mes malades, bien plus largement que je ne l'ai fait jusqu'ici.

Les difficultés que j'ai rencontrées cadrent mal avec cette rapidité opératoire, cependant nécessaire. La paroi abdominale incisée, le péritoine apparaît noirâtre, infiltré, en laissant voir par transparence son contenu. A peine est-il incisé, que du sang liquide noir, mélangé de sérosité, s'écoule en abondance variable, et dès que la brèche est largement faite, on tombe sur une cavité véritablement inondée de sang et de caillots.

Derrière le péritoine, sur les deux faces de l'épiploon, entre les anses intestinales jusqu'à l'insertion du mésentère, ce ne sont que des caillots plus ou moins infiltrés, plus ou moins adhérents. La toilette du péritoine est matériellement impossible et mieux vaut y renoncer.

Le petit bassin est rempli d'énormes caillots noirâtres sans traces d'enkystement. La malade placée dans la position de Treudelenburg, on peut explorer le fond du bassin et, dans deux cas, j'ai vu du sang rouge coulant au niveau de la déchirure de la trompe. Rapidement isoler et lier les pédicules de l'ovaire et de la trompe, constitue le temps le plus facile de l'opération. Je crois le drainage à la Mickulicz utile dans ce cas où la moindre infection amènerait

une issue fatale et, d'ailleurs, nous savons, d'après Lawson Tait, que la grossesse ectopique est, en général, la conséquence d'une salpingite, et l'infection primitive et spontanée est toujours possible.

Je ne crois pas que dans ces cas il y ait matière à discussion sur l'opération de choix. L'incision vaginale n'est pas de mise, et ce n'est pas entre l'hystérectomie et la laparotomie que la question se pose, mais bien entre l'expectation et l'intervention. J'ai fait la laparotomie d'urgence sur trois malades, et je la considère comme la seule opération possible et efficace. Ces trois faits sont bien insuffisants pour trancher la question, mais reportez-vous aux statistiques de A. Martin et de Cestan, et je crois que vous serez convaincus comme moi que ceux qui, récemment encore, recommandaient l'expectation, sont dans l'erreur, et que la chirurgie active est dans ce cas la chirurgie prudente.

Il faut bien savoir, en effet, que cette première hémorrhagie par rupture tubaire peut être lente, mais surtout qu'elle peut se répéter. La malade que j'ai observée en 1882 dans le service de M. Hallopiau, dont j'étais alors l'interne, est un exemple bien net de ces accidents à répétition. Trois fois elle eut des signes d'hémorrhagie interne, et la troisième fois les accidents furent si graves que nous abandonnâmes la malade vraiment agonisante; elle finit cependant par guérir, après sept mois de traitement et l'ouverture d'une collection purulente dans l'intestin avec fistule intestinale consécutive. Une guérison obtenue au prix de tant de complications et de dangers, n'est pas pour me faire modifier mon opinion sur la conduite à tenir en pareil cas.

Lors même que les accidents primitifs disparaissent, la présence d'un lithopedion n'est pas aussi innocente qu'on le croit. Chez une malade dont j'ai rapporté l'observation [1], les accidents douloureux dus à la présence de ce fœtus calcifié m'obligèrent à intervenir. L'expulsion spontanée de ces pétrifications est presque toujours accompagnée de nombreux accidents.

2° Les deux dernières complications qu'il me reste à présenter ont été bien étudiées par nos collègues; mon avis est conforme au leur, je serai bref à cet égard. J'ai opéré quinze collections sanguines enkystées, vrais hématocèles. De 1890 à 1892 j'en ai opéré huit par laparotomie. Depuis cette époque, mon opinion s'est modifiée, et je suis partisan de l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur comme méthode de choix dans la grande majorité des cas. J'y ai eu recours chez sept malades.

La laparotomie m'a donné une mort par infection post-opératoire

[1] TUFFIER et VARNIER, *Annales de gynécologie*, 1891, t. XXXV, p. 461.

dans un cas grave, sans que je puisse vous dire si l'hématocèle était infectée primitivement. Nos autres malades ont guéri avec ou sans drainage, suivant les difficultés que j'ai rencontrées, et surtout suivant la possibilité de l'évacuation plus ou moins parfaite de la poche, ses dimensions et sa consistance. Ce mode d'intervention me parait moins innocent et moins facile que l'incision du cul-de-sac postérieur. Il assure moins bien l'écoulement des liquides, mais il permet l'extirpation de la trompe.

L'élytrotomie postérieure largement pratiquée ne m'a donné que des succès. Mes malades ont été opérés de trois semaines à dix-huit mois après le début des accidents. Fait curieux, j'ai trouvé des collections sanguines presque liquides de date fort ancienne, tandis que plusieurs fois des collections récentes étaient uniquement formées de caillots. Je ne puis vous donner la raison de cette anomalie.

Il y aurait certainement à cet égard une discussion à soulever sur l'opportunité et sur le choix du moment de l'intervention, certains hématocèles étant susceptibles de résorption. Je crois que l'incision hâtive n'est indiquée que dans les cas d'hématocèle progressivement croissante ou douloureuse, quelle que soit la cause de cette progression. Dans les cas inverses, rien ne presse, et on peut toujours choisir son moment. Peut-être les fausses membranes provoquées par l'épanchement sanguin seront-elles plus épaisses, plus tenaces, et par conséquent plus préjudiciables au bon fonctionnement de l'utérus, dans les cas où l'opération tardive videra le contenu du kyste ? Ce n'est là qu'une hypothèse.

3° J'ai observé six hématocèles suppurées, et ces cas sont vraiment le triomphe de l'élytrotomie postérieure.

Sur les deux malades que j'avais opérés par voie abdominale en 1890 et 1891, j'ai eu deux décès, l'un par tétanos, l'autre par péritonite. Il existait dans ces deux cas une hématocèle et un pyosalpinx, et l'hystérectomie vaginale eût été indiquée si j'avais pu soupçonner cette double lésion. Malheureusement, il est souvent très difficile de savoir si une hématocèle est simple ou infectée, et cette incertitude même plaide en faveur de la voie vaginale comme voie d'accès sur la collection.

Toutes mes autres malades opérées par le vagin ont guéri. En tous cas, une très large ouverture et un drainage prolongé me paraissent nécessaires, bien que des énormes poches reviennent souvent sur elles-mêmes avec une rapidité surprenante.

Comme M. Reynier, j'ai vu toutes ces malades présenter à leur départ de l'hôpital une induration du cul-de-sac postérieur, mais les faits m'ont rendu moins pessimiste à leur égard. Les malades que j'ai pu revoir sont restées guéries, et pour deux d'entre elles

je puis affirmer la guérison définitive, puisque un an après elles ont été examinées par mon collègue Nimes qui n'a pu leur trouver la moindre altération de l'appareil utéro-ovarien. Deux autres malades opérées en 1893 et revues en 1895 par M. Rodriguez [1] étaient également en parfait état, chez l'une d'elles, il existait une légère rétroflexion mobile et indolente sans aucun trouble local ou général. Celles que je n'ai pas revues ont-elles été se faire opérer de nouveau ailleurs, je n'en ai pas connaissance et j'ignore si quelqu'un de mes collègues les a revues. J'ajouterai, sans vouloir interpréter trop favorablement cette absence de nouvelles que si je n'ai pas revu ces opérées, j'en ai revu plusieurs autres que j'avais opérées de salpingite suppurée par cette même élytrotomie et que j'ai dû soigner à nouveau. Je ne vois donc pas pourquoi je n'aurais pas revu les premières si elles avaient continué à souffrir.

M. Paul Reynier. — Quelques-uns de mes collègues discutant la réponse que j'ai faite à M. Picqué, à la suite de son rapport, m'ont prêté des opinions que je n'ai jamais eues. C'est ainsi que M. Routier me fait dire qu'on ne peut diagnostiquer les grossesses extra-utérines simulant les tumeurs annexielles, des hématocèles rétro-utérines ou cataméniales, et que je les confonds intentionnellement ensemble. Je n'ai jamais eu cette pensée.

Comme M. Routier, je distingue les grossesses ectopiques, non rompues, de celles qui se compliquent d'hématocèles.

Comme lui j'admets qu'en présence d'une tumeur annexielle unilatérale, se développant chez une femme, qui n'a pas eu ses règles depuis un certain temps, qui présente d'autres symptômes de grossesse, tels que syncope, douleurs dans les seins, nausées le matin, augmentation du volume de l'utérus, couleur violacée de la vulve, du vagin, et chez laquelle on voit, à un certain moment, comme le disait M. Chaput, un écoulement sanguin, on peut, si ce n'est affirmer, tout au moins soupçonner une grossesse extra-utérine. Tous ces signes n'étant que des signes de présomption et non de certitude, le diagnostic ne peut pas être plus ferme dans le cas de grossesse extra-utérine que s'il s'agissait d'une grossesse normale au début.

Toutefois, je crois qu'il vaudrait mieux dire, au lieu de grossesse ectopique, *fécondation éclopique*.

Jusqu'au cinquième mois, tous les symptômes que je viens d'énumérer se rapportent en effet aussi bien à une grossesse qui évolue, et qui se trouve constituée par un fœtus et un placenta, qu'à une grossesse qui n'a pas évolué, et qui a donné naissance à une salpingite hémorrhagique.

[1] Rodriguez, *Thèse de Paris*, 1895, obs. XX et XXI.

Quoi qu'il en soit, ce diagnostic nous conduit tous à faire la laparotomie lorsque la tumeur n'est pas rompue. Sur ce point nous sommes d'accord.

Si cette grossesse, ou cette salpingite hémorrhagique se rompt, alors on se trouve en présence soit d'une inondation péritonéale, comme le dit très bien M. Tuffier, ou d'une hémorrhagie qui va s'enkyster, et qui constitue l'hématocèle vulgaire, celle que M. Routier nomme cataméniale.

Je reconnais avec M. Bouilly que ces hémorrhagies intra-péritonéales graves, ces inondations péritonéales sont plus rares qu'on ne serait tenté de le croire, d'après les statistiques de Lawson, Tait et quelques autres. Elles existent cependant, et je crois qu'il y en a plus que ne le pense M. Bouilly.

J'en ai observé un cas, et comme M. Bouilly a paru le contester, je lui rappellerai qu'il s'agissait d'une femme, dont j'ai donné l'observation complète au Congrès de Chirurgie de 1891, et chez laquelle j'ai pratiqué la laparotomie non pas quatre jours, comme le dit M. Bouilly, mais trente-huit heures après le début des accidents.

Le ventre ouvert je me suis trouvé en présence d'une énorme quantité de sang non enkysté, épanché dans la cavité péritonéale, au milieu des anses intestinales. La malade était si faible que je n'eus que le temps de lier les annexes gauches, et de poser ainsi une ligature sur l'artère utéro-ovarienne, du côté où venait le sang. La malade eut alors une syncope, qui me força de suturer la paroi abdominale sans faire le nettoyage de la cavité péritonéale. Deux jours après, devant des accidents de septicémie je rouvris le ventre, et fis un lavage péritonéal prolongé à l'eau boriquée, seul moyen qui soit à notre disposition pour enlever les caillots lorsqu'ils sont ainsi répandus au milieu des anses intestinales.

Pour ces inondations péritonéales, la seule ressource est donc encore la laparotomie ; personne, je crois, ne discute ce fait. Restent les hématocèles vulgaires, les hématocèles plus ou moins enkystées.

Ces hématocèles, je les distingue des grossesses non rompues, je le répète encore. Les symptômes ne sont pas les mêmes, la tumeur n'est plus aussi latérale. Le cul-de-sac postérieur est plus envahi, l'utérus plus repoussé en avant. Au doigt il y a une sensation particulière de rénitence, quelquefois de fluctuation. Tous ces symptômes joints, d'une part, aux renseignements qui vous ont fait penser à une fécondation ectopique antérieure, et, d'autre part, aux symptômes qui ont marqué le moment de la rupture (douleur, syncope péritonisme, pâleur des téguments) font porter le diagnostic d'hématocèle.

Cependant là s'arrête le diagnostic. Il est aussi difficile de faire

le diagnostic entre une salpingite hémorrhagique et une grossesse ectopique contenant fœtus et placenta, qu'il est mal aisé de dire si cet épanchement sanguin est lié à la rupture d'une salpingite hémorrhagique, ou d'un œuf entièrement constitué. En un mot on ne peut savoir si l'hématocèle est habitée — suivant l'expression de M. Routier — ou ne l'est pas.

M. Routier nous cite lui-même trois cas dans lesquels il a fait l'incision vaginale, et où il a trouvé inopinément fœtus et placenta.

Cette incertitude du diagnostic me fait préférer la laparotomie, opération qui peut répondre à toute éventualité, et qui ne me paraît pas dangereuse lorsqu'on intervient, comme je le préconise, de bonne heure avant que l'hématocèle n'ait pu s'infecter.

En présence d'une hématocèle habitée cette voie sera évidemment préférable à la voie vaginale, qui, dans ces cas, paraît plus périlleuse, car elle vous laisse moins de place pour manœuvrer avec sécurité, et arrêter des hémorrhagies, auxquelles peut donner naissance le détachement du placenta, ou l'extraction du fœtus.

MM. Segond et Routier ont cité des observations qui montrent que par l'incision vaginale, on peut, même en présence de fœtus et de placenta, avoir des succès.

Toutefois les observations de M. Routier, les seules que je puisse analyser, ne me convainquent pas. En les lisant on se dit, en effet, que s'il a été heureux, les choses auraient pu avoir des suites fâcheuses.

Dans une première observation, en retirant par l'incision vaginale le fœtus, le cordon se rompt, une hémorrhagie grave s'ensuit, qu'il arrête par le tamponnement. Je lui ai cité un cas où l'hémorrhagie a continué, et la malade mourut. Dernièrement j'ai pu recueillir un autre cas semblable.

Dans la seconde observation, M. Routier craint, cette fois, l'hémorrhagie, après l'incision du cul-de-sac, il n'ose enlever les caillots ; il place deux drains et fait des lavages dans cette poche, et ce n'est que vingt jours après qu'un fœtus sort. Or là, il fut encore heureux ; car deux drains drainent mal une cavité remplie de caillots. Cette cavité aurait pu s'infecter. Cet accident est survenu chez une de mes malades, malgré toutes les précautions antiseptiques que j'avais prises, je fus obligé de l'hystératomiser consécutivement.

Semblable complication a été signalée par Rochet, qui a publié cette observation dans le congrès de gynécologie de Bruxelles. Malgré le drainage, et les lavages faits par l'inusion vaginale, sa malade mourut de septicémie, et à l'autopsie il trouva que les caillots se prolongeaient dans la fosse iliaque, et que le lavage n'avait pu les atteindre et les détacher.

Au même congrès, Rochet faisait remarquer que souvent les caillots passent en avant de l'utérus, et que l'incision vaginale ne suffit pas toujours pour faciliter l'antisepsie du foyer sanguin. Il en concluait que pour avoir une voie plus large il fallait en cas d'hématocèle faire l'hystérectomie vaginale.

Toutefois, nous paraissons tous d'accord ici pour penser que dans les cas d'hématocèle, celle-ci étant le plus souvent liée à une lésion annexielle unilatérale, l'hystérectomie qui sacrifie les trompes et les ovaires des deux côtés est une opération trop radicale.

On ne saurait y songer qu'en présence d'une hématocèle infectée, que le drainage par la voie vaginale n'améliore pas.

Le plus souvent toutefois les hématocèles vulgaires ne sont pas habitées, et sont enkystées dans une poche bien limitée. Dans ces conditions, on peut par l'incision du cul-de-sac et le drainage, assurer l'antisepsie de la cavité, et avoir de bons résultats, comme ceux que MM. Bouilly et Segond nous ont cités.

Ces bons résultats m'empêchent de jeter comme m'en accuse M. Segond, l'ostracisme sur l'incision vaginale. Elle peut être une ressource chez les gens qui redoutent la laparotomie, ou quand, intervenant tard, on craint d'avoir une hématocèle infectée.

Nous sommes en effet tous d'accord qu'en présence d'une hématocèle suppurée, l'incision vaginale est la seule voie à suivre.

Mais à l'exemple de MM. Bouilly et Segond, je ne dirai pas que c'est une opération de choix, une des plus brillantes de la chirurgie, *alors même que l'hématocèle n'est pas infectée*. Je ne puis en effet regarder comme une opération de choix, une opération qui expose comme je viens de le dire à des hémorrhagies quelquefois mortelles, qui n'assure pas toujours ce drainage suffisant et l'antisepsie de la poche, et qui est le plus souvent une opération incomplète, puisqu'elle laisse subsister la cause de l'hémorrhagie, et n'enlève pas l'annexe malade.

M. Bouilly nous dit que, bien que l'opération soit incomplète, tout s'arrange pour le mieux. Ses malades ne souffrent pas. Je ne conteste pas du tout ces résultats, cependant je lui ferai observer que ses malades sont parfois des femmes du monde qui ont pu longtemps se soigner, qui n'ont pas une vie fatigante et qui, ayant passé par les affres d'une opération, sont assez disposées à ne pas trop se plaindre, de peur d'une seconde intervention. La malade dont je vous parlais ne se plaint pas, et cependant quatre mois après son incision vaginale et la guérison de son hématocèle, elle conserve encore une masse grosse comme le poing. Elle dit qu'elle marche. Et cependant je sais qu'elle n'ose pas reprendre sa vie fatigante, et la masse que je sens me fait l'exhorter à se ménager encore. Elle n'est donc pas guérie, bien qu'elle ne se plaigne pas.

A propos de cette malade, M. Routier semble me reprocher de ne pas avoir ouvert cette poche ! Il l'aurait ouverte sûrement, car il s'est trouvé plusieurs fois en présence de pareils cas. Il me permettra d'en douter. Il est chirurgien trop prudent pour oser, après l'évacuation du sang et après avoir senti une masse haut placée, nullement fluctuante, foncer dessus avec une pince, au risque de tomber sur un gâteau d'épiploon et d'intestin adhérent, qu'on peut perforer. Le conseil est d'ailleurs en contradiction avec celui qu'il nous donnait de ne pas trop nettoyer la poche sanguine.

Je finirai en rapportant encore une opération bien instructive de Rochet, qui montre que l'optimisme des élytrotomistes pour l'avenir de leurs malades n'est pas toujours justifié.

Il s'agissait d'une femme à laquelle il avait fait l'incision du cul-de-sac vaginal pour une hématocèle vulgaire, et il termine ainsi son observation :

« J'ai appris depuis qu'elle souffre encore beaucoup du côté de l'appareil génital ; ces souffrances résultent sans doute d'adhérences nombreuses, qui fixent les organes du petit bassin. La menstruation est pénible. La femme est guérie de son hématocèle. Mais elle souffre encore des causes qui ont produit cet hématocèle ».

Ce sont ces résultats qui justifient ma manière de voir, et qui me font regarder la laparotomie comme l'opération de choix dans les hématocèles non infectés et l'incision vaginale comme une opération de nécessité, d'attente, qui pourra, dans quelques cas, être définitive.

M. Ricard vient apporter quelques faits et, sans vouloir résumer le débat, constate que tous les membres de la Société se sont mis d'accord au sujet de la grossesse extra-utérine ayant dépassé le 5e ou le 6e mois. Contre cette grossesse ectopique et contre ses complications, la laparotomie est le seul mode opératoire qui soit indiqué.

La divergence commence à exister lorsqu'il s'agit de traiter la grossesse ectopique dont l'évolution a été prématurément interrompue par des complications hémorrhagiques ou septiques, au cours des premiers mois. Bien que ces complications présentent des variétés nombreuses, M. Ricard ne veut en retenir que deux groupes, très différents au point de vue des indications thérapeutiques qu'ils comportent.

1° Dans le premier groupe, M. Ricard range toutes les formes qu'il appelle « à froid », celles dans lesquelles les accidents graves sont terminés, où il ne reste plus rien des symptômes, à début si dramatique, de la rupture de la poche tubaire. Tout est à peu près rentré dans l'ordre et le danger immédiat éloigné ; le chirur-

gien se trouve, en réalité, en présence d'une masse plus ou moins complexe, plus ou moins volumineuse, mais dont le caractère primordial est d'être une tumeur unilatérale des annexes. Dans ces conditions, les partisans les plus fervents de l'hystérectomie vaginale reconnaissent eux-mêmes que cette opération n'est point ici applicable. Aussi n'a-t-on guère à hésiter qu'entre deux procédés : attaquer la tumeur par la voie abdominale, en pratiquant une laparotomie, ou bien par la voie vaginale, en incisant le cul-de-sac postérieur.

Laparotomie ou incision vaginale, tels sont les deux termes du problème. M. Ricard pense qu'il faut bien se garder d'une opinion exclusive ; pour lui, il s'est servi maintes fois des deux procédés et s'en est fort bien trouvé. Il est étonné de constater que ses collègues se soient ainsi partagés en deux camps aussi tranchés et se déclarent pour l'un des procédés à l'exclusion de l'autre. M. Ricard pense qu'il y a là une question d'indications assez précises.

Très souvent, l'incision large du vagin suffit, lorsque la tumeur forme une saillie nettement vaginale, bombant dans le cul-de-sac, que son volume n'est pas excessif, que la masse en est régulière, que le diagnostic est des plus nets, et qu'on peut éliminer la coexistence d'une lésion plus complexe ou d'une lésion double, enfin, que le siège de la tumeur est exclusivement pelvien.

Mais si la saillie vaginale est peu prononcée, si la tumeur est haute, à prolongement abdominal ou iliaque, si elle est complexe, si son siège est antérieur, si le diagnostic des lésions est douteux, si l'on sent plusieurs masses, il ne saurait y avoir de doute, c'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours.

2° Dans le deuxième groupe, M. Ricard range les cas aigus ou suraigus dans lesquels la rupture vient de se faire, où le chirurgien se trouve en face d'une véritable hémorrhagie péritonéale menaçant, par son abondance même, la vie de la malade.

L'ancienne doctrine était que ces hémorrhagies avaient une tendance remarquable à l'enkystement et à la guérison spontanée. M. Ricard avait été confirmé dans cette idée par l'observation d'une jeune malade qu'il avait dans ses salles à l'hôpital Saint-Antoine, pendant qu'il suppléait M. Monod. Malgré la gravité des accidents hémorrhagiques, cette malade guérit lentement, mais complètement. Aussi, dans un autre cas absolument analogue comme début que M. Ricard observa à l'hopital Necker, ce chirurgien crut-il pouvoir attendre et escompter l'hémostase naturelle et l'enkystement. Il n'en fut malheureusement rien, et la mort survint dans les vingt-quatre heures, sans que la malade fût opérée.

Dans un troisième cas, M. Ricard étant de service de garde, fut

appelé dans le service de M. Reclus, à l'hôpital de la Pitié, pour un cas absolument identique aux précédents. La jeune femme était mourante, froide et presque sans pouls, son état était si grave que M. Reclus, qui avait vu la malade dans la matinée, avait cru ne pas devoir intervenir. Devant la mort imminente, M. Ricard n'hésita pas à pratiquer la laparotomie après un semblant d'anesthésie. Son incision, menée rapidement, s'avance dans des tissus sous-péritonéaux infiltrés de sang, au milieu desquels se trouvait la vessie qui fut ouverte ; M. Ricard fait remarquer, en passant, cette fréquence de l'incision vésicale, dans les laparotomies pour gros épanchements sanguins de l'abdomen. La vessie est, dans ces cas, allongée et appliquée solidement derrière la paroi abdominale. Le péritoine ouvert, sa cavité fut trouvée inondée de sang, non coagulé, au milieu duquel baignaient et nageaient les anses intestinales. La toilette en étant très rapidement faite, l'opérateur dut enlever une quantité considérable de caillots remplissant le petit bassin. Il put enfin apercevoir la trompe gauche malade, distendue et rompue près de son insertion utérine ; là, un faible suintement de sang continuait à se faire.

La trompe fut enlevée, les pédicules vasculaires suturés ; la plaie vésicale fut oblitérée par deux étages de catgut, et on établit un drainage à la Mickulicz.

Malgré les conditions fâcheuses dans lesquelles elle se trouvait au moment de l'intervention, la malade guérit par première intention de sa plaie vésicale et de son opération.

M. Bouilly a rapporté trois faits analogues, lors de la dernière séance, mais ces cas sont des plus nombreux et, pour s'en convaincre, il suffit de recourir à l'excellente thèse de M. Cestan. Dans cette thèse, très documentée, l'on verra que, dans ces cas d'inondation brusque du péritoine par une hémorrhagie, la mort survient dans 85,8 0/0 des cas, la guérison spontanée ne s'observe que dans 14,2 0/0.

L'intervention urgente donne, au contraire, la proportion inverse, 79 0/0 de guérisons contre 21 0/0 de mortalité.

M. Ricard conclut donc en disant qu'en présence d'une hémorrhagie persistante, il n'y a pas à hésiter, qu'escompter l'enkystement est une faute, et que l'opération s'impose, urgente et rapide.

M. Terrier. — Je partage les opinions qui viennent d'être émises, s'il s'agit d'inondation péritonéale, c'est évidemment la laparotomie qu'il faut faire.

Reste la question de l'hématocèle enkystée. Ici encore je demeure un laparotomiste convaincu ; mes premiers résultats n'étaient que

bons, ils sont devenus véritablement très bons dès que j'ai eu substitué l'asepsie à l'antisepsie ; je suis d'un avis contraire à celui qu'exprimait ici M. Bouilly ; je n'admets pas comme lui que les hématocèles surviennent chez les femmes indemnes de toute lésion annexielle ; celles que j'ai opérées avaient eu antérieurement des poussées de salpingite plus ou moins sérieuses. Partant de cette observation, je considère l'ouverture de la poche hématique comme insuffisante, d'autant que, même au point de vue d'une conception future, une laparotomie qui permet de ne sacrifier que les annexes d'un côté, de mobiliser les annexes de l'autre côté et de les remettre en situation normale est infiniment supérieure à la simple clytostomie. Je ne ferai exception que pour les hématocèles suppurées, auxquelles je réserverai l'incision vaginale.

Communications.

M. Galezowski fait une communication intitulée : *Des pansements par occlusion pour les opérations oculaires* (M. Delens, rapporteur).

M. Chaput complète la description du procédé opératoire qu'il a donné dans la dernière séance.

Discussion.

M. Berger. — Le procédé de M. Chaput me paraît être un procédé d'exception. L'amputation intra-trochantérienne peut très bien se faire sans grand danger d'hémorrhagie ; je la pratique sans ligature préalable et avec l'aide de la simple compression de l'artère au pli de l'aine.

M. Poirier. — Je n'ai jamais remarqué d'hémorrhagie considérable dans les amputations sous-trochantériennes. Je trouve, en outre, que le lambeau présenté par le malade de M. Chaput et qui ressemble à un long saucisson est disgracieux et doit mal se prêter à la prothèse.

M. Ricard. — J'ai vu pratiquer des amputations sous-trochantériennes par M. Verneuil.

M. Verneuil commençait par lier la crurale puis, comme l'a fait après lui M. Chaput, sectionnait l'os en terminant par la section progressive des parties molles qu'il hémostasiait au fur et à mesure.

M. Chaput reconnaît avec M. Berger que son opération est une opération d'exception.

Présentation de malades.

M. Ferraton présente un malade qu'il a opéré pour une pseudarthrose du tibia.

Présentation de pièces.

M. Quénu montre les pièces d'une synovite du genou qu'il a excisée et dont l'analyse microscopique prouve la nature tuberculeuse.

Cette synovite ne ressemble pas à celles qui ont été jusqu'ici décrites.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
Quénu.

Séance du 12 février 1895.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Des lettres de MM. Mignon (de Paris) et Villar (de Bordeaux), remerciant la Société de leur nomination au titre de membre correspondant national.

M. Th. Anger, président sortant, annonce à la Société que l'indisposition de M. Reclus, secrétaire général, se prolongeant, le bureau a décidé de renvoyer la séance annuelle à une date ulté-

rieure. Il ajoute que, dans ces conditions, il y a lieu de ne pas différer plus longtemps l'installation du nouveau bureau élu pour 1896.

Il invite, en conséquence, M. Monod à prendre place au fauteuil de la présidence.

ALLOCUTION DE M. MONOD, Président.

MES CHERS COLLÈGUES,

C'est un cinquantenaire que, sans vous en douter assurément, vous me conviez à célébrer.

Il y aura, en effet, cette année cinquante ans que mon père, membre fondateur de notre Société, s'asseyait à ce fauteuil où votre bienveillance m'appelle à prendre place à mon tour.

J'avais à cette époque trois ans — le même âge que la Société de chirurgie, née comme moi en 1843 ! — Mon père, quelle que fût la dose de vanité ou d'illusion paternelles dont il pouvait être pourvu, ne songeait guère alors à l'honneur que vous réserviez au bambin que, dans ces temps lointains, il se plaisait à faire sauter sur ses genoux.

C'est qu'il oubliait ce que l'on peut attendre de collègues dévoués, tels que vous, messieurs, parmi lesquels le fils, comme le père, ne devait trouver que des amis.

De l'allocution du président de 1846 il n'est pas resté trace. Je vous ai dit jadis comment les premiers procès-verbaux de notre Société ont été perdus. Mais il m'est facile de la reconstituer. Elle devait commencer par les remerciements d'usage. Puis venaient sans doute des exhortations au travail, des félicitations sur les premières difficultés vaincues, la ferme assurance enfin de voir la jeune société s'avancer d'un pas rapide dans la voie de prospérité matérielle et scientifique qui lui était indubitablement réservée.

C'est, à peu de chose près, le même discours que j'ai à vous tenir.

Avec cette différence cependant que les remerciements seront plus nombreux. Vous en serez comme accablés : c'est au nom de deux générations que je vous les adresse — de quel cœur, je vous le laisse à penser!

Avec cette différence encore que l'avenir entrevu est devenu la plus vivante des réalités. Jamais notre Société ne fut plus prospère, ou, si vous le voulez, plus active. Comme le disait un de mes prédécesseurs, ce n'est pas le défaut, mais l'excès de nos richesses — scientifiques, bien entendu — qui nous cause parfois quelque embarras ; de sorte que la tâche de votre président consiste plutôt

à mettre de l'ordre dans vos travaux, qu'à vous exciter à en produire de nouveaux.

Peut-être devrait-il aussi appeler de temps en temps votre attention sur certaines questions de discipline intérieure.

Et s'il m'était permis, au début de cette année, d'exprimer quelques vœux, que je ne suis pas du reste le premier à formuler, je vous dirais :

Tâchons d'être plus exacts. Que l'ouverture de nos séances, fixée régulièrement à trois heures et demie, reportée par l'usage à trois heures trois quarts, ne devienne pas insensiblement plus tardive encore.

N'abusons-pas des « à-propos de procès-verbal » qui troublent singulièrement nos ordres du jour.

Pour ceux-ci, voyons s'il ne serait pas possible de les fixer et même de les annoncer d'avance, afin que ceux qui veulent prendre part à nos discussions puissent s'y préparer et nous apporter, non seulement des souvenirs toujours un peu vagues, mais des documents précis.

Enfin, en séance, mettons une sourdine aux causeries particulières qui font parfois ressembler nos modestes réunions aux grandes assemblées parlementaires où, si je suis bien informé, l'orateur, à la tribune, parle plus souvent pour la presse et le public du dehors, que pour des collègues qui n'écoutent guère.

Mais je n'insiste pas. Je ne voudrais pas inaugurer ma présidence par des observations qui pourraient avoir l'air de reproches, sans doute mal fondés.

J'ai mieux à faire aujourd'hui. J'ai à adresser, en votre nom, des remerciements au Bureau qui nous quitte.

A notre président, M. Th. Anger, ce modèle de bonne grâce, de longanimité et d'exactitude, dont votre bon accord a rendu la tâche facile.

A notre secrétaire annuel, M. Segond, qui, s'il a vu sans déplaisir arriver le terme de ses pénibles fonctions, s'en est du moins acquitté avec un zèle et un talent, avec un souci du détail et une perfection de la forme qui lui donnent droit à toute notre reconnaissance.

A notre nouveau secrétaire général, M. Reclus, à qui vous me permettrez d'envoyer, avec tous nos regrets de le voir retenu loin de nous, l'expression des vœux que nous formons pour un rétablissement qui, grâce à une habile et intelligente intervention, ne fait heureusement plus de doute.

A notre excellent trésorier enfin, et à notre sympathique bibliothécaire, à MM. Schwartz et Brun, pour qui je vous redemande — comme pour le bureau sortant tout entier — les acclamations par lesquelles vous vous plaisez tous les ans à saluer leur réélection.

Rapport.

Sur un travail de M. Mougeot (de Chaumont), intitulé : *Cystostomie sus-pubienne.*

Rapport par M. BAZY.

Sous ce titre, le Dr Mougeot fils (de Chaumont) nous a envoyé l'observation d'un confrère, âgé de 70 ans, qui, pris en mars 1894 de rétention d'urine, fut sondé, dans le département de la Nièvre. Le cathétérisme fut accompagné d'une hémorrhagie abondante.

Il faut croire qu'il avait gardé de cette opération un mauvais souvenir, puisque, six mois après, malgré une rétention absolue et des accidents généraux très graves, il refusait à nouveau de se laisser sonder.

Son état s'aggravant, et peut-être sa volonté s'affaiblissant, il se laisse faire, mais la sonde ne peut pénétrer dans la vessie.

C'est alors que le Dr Mougeot est appelé. L'état est excessivement grave. Affaiblissement extrême, état sub-comateux; pouls petit, rapide; jambes violettes et marbrées, langue sale, région rénale droite douloureuse à la pression; la vessie remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

M. Mougeot renouvelle les tentatives de cathétérisme; elles restent infructueuses. L'obstacle paraît siéger dans le prostate.

C'est alors que, à cause de la gravité de l'état général et malgré cette gravité, M. Mougeot, reprenant l'idée d'une ponction simple, décide l'ouverture de la vessie.

Le malade est trop faible pour supporter le chloroforme que, du reste, il refuse.

Injection de 3 grammes de solution de cocaïne à 1/100e. Seule la piqûre de l'aiguille est vivement sentie.

L'opération, dit M. Mougeot, n'est remarquable que par son extrême simplicité. Incision de 4 centimètres.

La vessie, ouverte, laisse échapper une urine infecte; les bords de l'incision vésicale sont suturés à la peau par cinq points de suture.

A ce moment, le malade a une garde-robe; il tombe brusquement dans un état de prostration extrême qui se change en agonie, et il meurt dans la soirée, malgré des piqûres d'éther et une injection de 150 grammes de sérum artificiel et de caféine.

M. Mougeot fait suivre son observation des réflexions suivantes :

« Quelle part notre opération doit-elle revendiquer dans ce dénouement? Combien de gravité a-t-elle de plus que la ponction? Une incision de 4 centimètres, pas de douleur, pas de sang, aucune

manœuvre violente. Il faut l'avoir pratiquée pour savoir combien elle est simple.

« Deux facteurs ont pu seuls intervenir pour augmenter la dépression profonde dans laquelle tombait notre malade : 1° les 3 centigrammes de cocaïne, et dans une solution à 1/100e, leur action générale doit être bien faible, mais surtout : 2° la déplétion brusque de la vessie qui peut avoir fait baisser la pression artérielle déjà si insuffisante. »

Il termine en disant que la mort a été la conséquence d'un empoisonnement que l'opération n'a pu conjurer à temps... et que des circonstances identiques le trouveraient disposé à intervenir de la même façon.

Evidemment, cette observation, quelque intérêt qu'elle présente, ne peut apporter aucun élément dans un débat sur le *drainage* de la vessie, drainage par les voies naturelles ou cathétérisme, opposé au drainage par une voie artificielle ou taille.

Quand je dis qu'il n'apporte aucun élément, je me trompe ; il en apporte un, important, mais déjà ancien : c'est la *très grande facilité* de l'opération ; j'y reviendrai.

Mais veuillez me permettre, à l'occasion de ce rapport, de reprendre quelques points du débat qui a eu lieu ici, l'an dernier, sur ce sujet.

M. Mougeot intitule son observation cystostomie, suivant en cela l exemple de nombreux chirurgiens. Je ferai observer que le terme est impropre, car on ne doit pas appeler du nom de bouche un orifice qui sert non à l'ingestion, mais bien à l'expulsion : on ne dit pas une bouche iliaque, mais bien anus iliaque ; ce mot de cystostomie n'a même pas l'avantage de la brièveté, puisque, même à ce point de vue, il peut avantageusement être remplacé par le mot *méat*.

Aussi me suis-je toujours servi de ce mot et continuerai-je à m'en servir.

Dans ma communication, j'avais essayé de classer les indications du méat hypogastrique et j'avais divisé ces indications en : 1° indications communes à tous les urinaires, qu'ils soient vésicaux, rétrécis ou prostatiques ; 2° indications spéciales aux prostatiques.

Je conserve cette classification, parce que celles qui ont été proposées ne me paraissent pas répondre aux réalités de la clinique ; de plus, elle a été adoptée par MM. Guyon et Michon dans un travail *sur la sonde à demeure*, paru dans les *Annales des maladies des voies urinaires* [1].

[1] F. Guyon et Ed. Michon, Contribution à l'étude de la sonde à demeure (*Ann. des mal. des org. gén.-urinaires*, mai 1895, p. 385 et suiv.).

I. — Les indications communes à tous les urinaires sont : 1° la douleur ; 2° l'hémorrhagie ; 3° l'infection.

1° La douleur : je n'insisterai pas longtemps sur ce symptôme qui est un des facteurs les plus importants de nos décisions, quelle que soit, du reste, la région malade ; mais il faut distinguer la douleur tenant à l'état de la vessie de celle qui est liée au cathétérisme.

Celle qui est liée à l'état de la vessie sera souvent justiciable de l'ouverture sus-pubienne, et je l'ai montrée dès 1882, à propos des tumeurs de la vessie ; celle qui est liée au cathétérisme pourra être avantageusement modifiée par la sonde à demeure ou tel autre moyen de pratiquer le cathétérisme : les indications du méat hypogastrique seront, dans ce dernier cas, absolument exceptionnelles.

2° J'avais donné l'hémorrhagie comme l'une des indications de la taille hypogastrique — je ne dis plus du méat — la taille étant ici l'acte préliminaire de l'hémostase, et souvent même le seul acte qui assure l'hémostase.

Par hémorrhagie, j'entends une perte de sang sérieuse, inquiétante, menaçante.

J'ai eu occasion, depuis mon dernier travail, d'en observer trois cas chez des prostatiques qui se sondaient.

Deux se sondaient avec des sondes en caoutchouc, très simplement, sans effort, l'un depuis quatre ans ; chez l'autre, la rétention et l'hémorrhagie avaient été deux actes simultanés et les premières manifestations sérieuses de l'hypertrophie prostatique.

L'autre se sondait avec des sondes en gomme.

C'est un vieillard de 84 ans, M. de C..., autrefois lithotritié à deux reprises par M. Guyon, que j'ai opéré une première fois il y a deux ans et qui m'est revenu au mois de septembre avec une récidive.

Je l'ai lithotritié; les suites ont été parfaites. Dix jours après l'opération, il a été pris d'hémorrhagie qui ne paraissait pas liée à un vice dans le cathétérisme. Tout d'abord, je n'y ai pas attaché d'importance, ni lui non plus, parce qu'il lui arrivait souvent de se faire saigner en se sondant; mais nous avons dû bientôt faire attention aux saignements. Sonde à demeure, injections chaudes, injections d'antipyrine, de tannin, rien n'y faisait. Un jour, les caillots s'étaient accumulés dans la vessie, si gros et si volumineux, que j'ai dû, pour les évacuer, mettre la sonde métallique n° 26 et faire l'aspiration.

Quand j'avais vu la tournure que prenait l'hémorrhagie, j'avais prévenu la famille de la nécessité où je serais de faire la taille, et je n'avais reculé que devant l'âge du malade, car je considère toujours cette opération comme grave chez les vieillards; s'il eût été plus jeune, je l'aurais certainement taillé. En attendant, je le surveillais, prêt à

intervenir au moment opportun. Je n'ai pas à regretter mon abstention car, malgré l'anémie très grande qui est résultée de cette hémorrhagie, il a guéri et a pu repartir pour Lille il y a huit jours (aujourd'hui deux mois), c'est-à-dire cinq semaines après le début de cette hémorrhagie grave qui avait duré cinq jours.

La sonde à demeure, avec les injections d'antipyrine, a suffi aussi chez le premier des deux autres malades.

Quant au troisième, j'ai dû lui faire la taille.

Je résumerai simplement cette observation pour la reprendre ultérieurement à un autre point de vue.

Il s'agit d'un homme de 62 ans, auprès duquel je fus appelé le 2 août dernier. Il me raconte qu'il a été pris de rétention une quinzaine de jours auparavant. Un médecin appelé le sonde avec une sonde en caoutchouc rouge et lui retire une grande quantité d'urine sanglante. Cette hémorrhagie continue, peu abondante il est vrai, mais très appréciable pendant une huitaine de jours. Elle affaiblit notablement le malade.

Le malade continue à être sondé trois fois par jour avec la sonde en caoutchouc.

Quand je le vois, son état était très bon, et je ne peux que l'engager à continuer des cathétérismes aseptiques et répétés trois fois par jour avec lavage de la vessie.

Mais dès le lendemain l'hématurie se reproduit très légère; elle augmente le soir, paraît-il; on met la sonde à demeure.

Le lendemain, c'était un dimanche, je n'étais pas à Paris; on ne me prévint pas: l'hémorrhagie continue; des caillots remplissent la vessie. On est obligé de les faire sortir par aspiration : on fait des irrigations chaudes, on injecte une solution d'antipyrine, du nitrate d'urgent à 1/1000e; rien n'y fait. Le lendemain, je vois le malade et le trouve très affaibli. Je continue la médication et annonce que si, dès le lendemain, l'hémorrhagie n'est pas arrêtée, il faudra faire la taille : cette hémorrhagie me paraît si abondante, si rebelle, que je pratique à nouveau le toucher rectal pour voir s'il ne s'agirait pas d'un néoplasme vésical, au lieu d'une hypertrophie simple que j'avais constatée dès le premier examen.

Or, en portant mon doigt profondément et en dépassant par en haut les limites de la prostate, j'eus la sensation d'une tumeur un peu ferme, non adhérente à la paroi inférieure de la vessie et faisant une saillie notable dans son intérieur.

C'était, comme nous le vîmes dans l'opération, la prostate faisant saillie dans l'intérieur de la vessie, ou peut-être un caillot volumineux que nous trouvâmes dans le bas-fond.

Quoi qu'il en soit, le lendemain, l'hémorrhagie continuant, je fis la taille avec le concours de mon ami le Dr Marquézy et de mes internes Chaillous et Claisse.

La vessie ouverte suivant la technique que j'applique et que j'ai

exposée ici même, je trouve un gros caillot noir rougeâtre, ferme, occupant le bas-fond vésical; je trouve aussi une tumeur, mais elle était constituée par la prostate formant un énorme bourrelet *circulaire* dans l'intérieur de la vessie. On aurait dit un énorme col utérin avec un orifice transversal, largement ouvert et comme déchiqueté; la vessie était saine, à peine un peu injectée: pas de néoplasme, cela va sans dire. Je cherche la source de l'hémorrhagie, et sur le côté gauche de la prostate dont le tissu est mou quoique élastique, comme s'il s'agissait d'une tumeur érectile un peu tendue, je vois un léger suintement sanguin; en frottant légèrement ce vaisseau, on voit immédiatement un petit jet de sang artériel se diriger dans l'intérieur de la cavité vésicale. Je cautérise ce point à plusieurs reprises : je détruis au fer rouge la plus grande partie de la prostate, je tamponne la vessie et, après avoir mis une sonde à demeure en gomme, je suture la vessie et mets un tube dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Les suites furent simples, mais la suture vésicale se désunit et il resta une fistule qui s'est rouverte à deux reprises depuis ce moment et qui est actuellement fermée. Le malade urine en partie seul, en partie par la sonde.

C'est un cas de ce genre dont notre confrère, le Dr Mougeot, nous envoie l'observation.

Il s'agit, comme dans sa première observation, d'un confrère de 75 ans, et dont le père avait été opéré de la pierre en 1840 par la méthode suspubienne.

Il a été lithotritié il y a quatre ans, et depuis ce moment il n'a jamais cessé de souffrir en urinant.

Depuis dix-huit mois, les symptômes douloureux ont augmenté et sont souvent suivis, surtout le soir, d'accès angineux fort pénibles avec douleurs violentes dans les bras et les aisselles et oppression.

Le malade pense n'avoir que de la prostatite sans calcul.

Le 11 juillet, après un jour de malaise, il est pris de rétention d'urine nécessitant le cathétérisme.

Troubles cérébraux le lendemain, puis, le 13, hématurie qui devient inquiétante.

Le 20, après des injections vésicales très chaudes, survient une crise vésicale tellement douloureuse qu'un médecin donne du chloroforme pendant plusieurs heures, attendant l'arrivée du Dr Mougeot qui ne peut opérer le soir même faute d'instruments, et après avoir fait donner 3 centigrammes de morphine en injections sous-cutanées, revient le lendemain faire la taille avec le chloroforme sans essayer le cathétérisme, estimant à deux ou trois litres le sang perdu par le malade.

Il trouve un calcul arrondi de 3 centimètres de diamètre, la vessie saine, la prostate haute, droite (je copie l'observation), sans saillie, le col se sentant à moitié de la hauteur.

La vessie est fixée par six points de suture.

Dans la journée un caillot bouchant le méat artificiel, une crise douloureuse se produit, puis plus rien.

Suites normales. — Quoique les muscles droits, très énergiques, semblent faire un excellent sphincter au méat artificiel, l'incontinence est absolue jusqu'au moment où la miction recommence par la verge, ce qui a lieu un mois après. La continence a lieu pendant deux heures, et alors les urines sortent par les deux méats.

Le méat se ferme vers le 16 septembre, mais deux jours après se rouvre et se referme après quelques jours.

Les réflexes angineux reparaissent un instant pour cesser ensuite.

M. Mougeot, dans les réflexions dont il accompagne son observation, fait remarquer que l'indication opératoire a été pour lui l'hématurie ; il ajoute, fait connu depuis longtemps, que cette hématurie a cessé presque immédiatement après l'ouverture de la vessie.

Elle prouve que l'opération a été efficace dans ce cas, comme elle l'a été dans tous les autres où elle a été pratiquée, quelle que fût la cause et la source de l'hémorrhagie.

Elle ne prouve pas, dans le cas actuel, la supériorité de la taille vésicale sur la sonde à demeure, puisque cette dernière n'a pas été employée.

Elle peut être considérée comme un exemple à ajouter de la bénignité de la taille hypogastrique, et c'est ce que ne manque pas de faire observer le présentateur.

3° J'avais considéré l'infection comme une puissante indication de taille vésicale, et je faisais observer que je l'avais pratiquée longtemps avant qu'on n'eût donné cette indication, puisque je la faisais, en 1886, avec l'aide de mon ami, le Dr Pousson (de Bordeaux) ; mais j'avoue que j'en voyais les indications très restreintes ; néanmoins, à défaut d'autre moyen plus actif, fallait-il accepter celui-là. Dans les cas où je l'avais employée, elle avait été impuissante. Or, M. Poncet lui-même est venu mettre une sourdine à son enthousiasme et à celui de nos confrères qui le suivaient dans cette voie si facile, en venant déclarer que les cas d'infection suraiguë et aiguë échappaient à l'action de la taille et de la désinfection directe de la vessie.

C'est bien ce qui résultait pour moi et de ma pratique et de la lecture des observations ; mais il était nécessaire que ce fût nettement formulé. C'est une importante concession à la thèse que je soutiens.

Loin de moi la pensée de prétendre que la sonde à demeure peut suffire à tout, que le drainage par les voies naturelles peut être constamment suffisant.

J'ai dit que bien fait, bien appliqué, bien surveillé, il était plus

souvent suffisant que ne le prétendent ceux qui ne veulent ou ne savent pas l'appliquer.

Vouloir soutenir que le drainage par les voies naturelles est toujours suffisant, ce serait prétendre que, dans la chirurgie des membres ou du tronc, le drainage seul peut suffire, et qu'une contre-ouverture et qu'une incision de décharge n'est jamais nécessaire.

Au reste, les effets de ce drainage naturel, de la sonde à demeure, sont aussi prompts, aussi rapides que ceux de n'importe quelle opération sanglante qui ouvre un foyer septique. Voici une courbe. Elle a été fournie par la température d'un malade âgé de 67 ans, M. D..., que j'ai soigné en juin dernier à la maison de santé de Saint-Jean-de-Dieu.

Il s'agit d'un prostatique n'urinant que par la sonde avec une vessie infectée et contenant plusieurs gros calculs phosphatiques. C'est un calculeux récidiviste.

Quand je l'ai vu le lendemain de son arrivée à Paris, il était dans un état très grave.

La vessie était très fortement infectée et contenait une urine infecte ; la langue sale, sèche, le pouls rapide, la température très élevée. Comme le malade était très agité, on n'avait pas pris sa température le matin.

La sonde à demeure ne peut être mise que dans la journée. Le soir, la température était de 39°,2 ; le lendemain elle était tombée à 37°,2 et ne remontait le soir qu'à 37°,6, pour ne plus jamais atteindre ce chiffre, sauf dix-huit jours après, où un soir, deux jours après l'ablation d'un petit épithéliome de la lèvre inférieure, elle atteint 39°3, pour retomber à 36° 4 le lendemain.

J'ai cité ce prostatique, quoique calculeux, ou plutôt parce que calculeux, car qui peut le plus peut le moins. Si j'ai pu obtenir la défervescence en mettant une sonde à demeure, malgré la présence de gros calculs (le malade estimait leur poids à 150 gr., mettons 120 gr., ce qui est déjà sérieux), à plus forte raison serait-il simple et facile de drainer avec succès une vessie qui n'en contient pas.

Je ferai remarquer que la lithotritie, pratiquée chez ce malade au bout d'une semaine, n'a pas fait monter la température d'un dixième de degré.

Voici encore le nommé M..., âgé de 60 ans, entré le 22 juin 1895 dans mon service, salle Nélaton, n° 9, avec de l'incontinence par regorgement.

L'interne de garde, en l'explorant, crut reconnaître des rétrécissements et lui mit à demeure une bougie filiforme le long de laquelle il urina.

J'accepte le diagnostic, mais le 25, remarquant que la vessie ne se vidait pas, je conçus des doutes, et faisant l'exploration, je pus passer facilement une bougie à boule n° 22, en constatant seulement quelques légers ressauts dans la portion bulbaire, sécrétale et pelvienne du canal.

Mais déjà il existait un léger œdème des bourses indiquant une infection du canal, dû probablement à l'exploration antérieure.

Envies d'uriner fréquentes.

Je fais se sonder le malade, ce qui suffit à faire tomber la fièvre malgré le phlegmon périutral. Le 29 au soir, la température étant remontée, je mets la sonde à demeure, la température baisse.

Le 17 juillet on incise l'abcès. On laisse à demeure une sonde, et après deux ou trois oscillations, la température reste autour de 37°, pour ne plus jamais s'élever.

Ces faits ont été vus par d'autres que par moi, et vous en trouverez des exemples aussi probants dans le travail que j'ai cité de MM. Guyon et Michon.

Les conclusions qu'on en peut tirer résultent de l'observation pure, attentive et prolongée des malades. C'est pourquoi je crois que d'autres pourraient avec nous en tenir compte.

J'en ai terminé avec les indications opératoires communes à tous les urinaires et applicables aux prostatiques.

Permettez-moi d'apporter de nouveaux faits d'hypertrophie prostatique, montrant que le cathétérisme peut suffire dans des cas que je peux qualifier de très difficiles, et qu'il ne faut pas trop se hâter, malgré de fausses routes antérieures, de pratiquer le méat sus-pubien.

Observations. — Le 23 mai, j'étais appelé aux environs de Paris, pour aller sonder un vieillard de 75 ans, qui avait été pris de rétention d'urine dans la nuit du 19 au 20. Le médecin appelé avait essayé très doucement le cathétérisme et, ne pouvant y parvenir, avait conseillé d'appeler un chirurgien. La famille avait voulu auparavant consulter un médecin dosimètre qui avait soigné antérieurement le malade et dans lequel il avait une grande confiance. Traitement par les granules qui, comme vous le pensez, ne font pas évacuer une seule goutte d'urine, il revient deux jours après et essaye alors de le sonder. Il ne réussit qu'à le faire saigner abondamment et souffrir au point que le malade fait jurer à une partie de son entourage qu'on ne le laissera toucher par personne et qu'on le laissera mourir en paix, ce qui donne lieu plus tard à une scène épique, que je renonce à vous raconter.

Le fils ne tint pas compte de ces recommandations, et, après avoir fait appeler le premier médecin, vient me chercher.

Quand j'arrivai, je fus fort mal reçu par le côté féminin de la famille qui avait pris au sérieux les exhortations du malade, d'autant que le médecin, en présence de la difficulté du cathétérisme et de la résistance

des fausses routes, avait cru devoir parler soit de ponction, soit d'incision de la vessie.

Je passai, au moyen du mandrin, une sonde en gomme n° 21 que je mis à demeure et fixai. Il était sorti une urine infecte.

Le 28 mai, notre confrère ayant voulu retirer la sonde, ne put en remettre une autre. J'allais en consultation dans le même pays, et je dus passer chez notre malade pour lui mettre, au moyen du mandrin, une nouvelle sonde.

Tout, du reste, s'était passé régulièrement, les accidents infectieux et toxiques avaient disparu.

J'avais perdu de vue le malade, quand le 9 juillet, c'est-à-dire un mois après, je le vois arriver dans mon cabinet. Il venait se faire sonder, et il me raconta alors que depuis le 23 mai, il a constamment gardé une sonde à demeure, que dans les derniers temps, grâce à l'emploi de ma sonde métallique, son médecin avait pu lui mettre une sonde en caoutchouc rouge, ce qui lui avait permis de se lever et de se promener; mais que la veille il n'avait pas pu la lui passer, et qu'alors il s'était décidé à venir.

Pour lui permettre de s'en retourner, je lui passe au moyen de ma sonde métallique, une sonde en caoutchouc rouge, que je fixe solidement et il repart enchanté, d'abord pour aller déjeuner et ensuite pour prendre le train.

Le 23 juillet, je le vois revenir; il avait retiré sa sonde molle, et il venait spontanément, sans avoir recours à son médecin, se la faire remettre. Depuis son dernier voyage, il avait vécu avec, s'était promené.

Je ne l'ai plus revu; je sais qu'il va très bien, je ne sais pas s'il porte encore sa sonde ou bien s'il l'a abandonnée (je vois son médecin le 28 décembre; il m'annonce qu'il porte toujours sa sonde) [1].

Je sais que, depuis qu'il la porte, ils font très bon ménage ensemble; je crois bien qu'il ne l'aurait pas échangée contre un méat hypogastrique, quelque continent qu'il pût être.

Je vous citerai encore le cas du nommé B..., âgé de 81 ans, entré dans mon service à Bicêtre, le 22 mai, à qui je dus mettre une sonde avec un mandrin qui ne détermina pas la plus petite élévation de température; à plusieurs reprises on lui a retiré la sonde; on n'a pu la lui remettre, on lui a même fait une nuit une ponction hypogastrique qui n'a déterminé aucun accident; or, j'ai toujours pu le sonder, ce qui m'est arrivé quatre fois, et cependant les tentatives de cathétérisme avaient été faites par des internes suffisamment au courant des manœuvres.

J'aurais insisté davantage sur ce cas s'il n'avait été trop com-

[1] J'ai revu ce confrère le 13 février pour un nouveau cas de cathétérisme difficile chez un vieillard (à qui j'ai pu mettre une sonde); il m'a dit que notre malade continuait à porter sa sonde.

plexe et si le malade n'avait eu un abcès péricœcal auquel il paraît avoir succombé ; nous n'avons pu faire l'autopsie.

D'une manière générale, j'estime que quelques chirurgiens ont une trop grande tendance, en présence de certains cas difficiles, à dire que le cathétérisme est impossible.

Le nombre des cas de cathétérisme *impossible* me paraît, je regrette de le dire, tout à fait hors de proportion avec ce qui devrait être, et je crains que quelques chirurgiens ne soient séduits et entraînés par la facilité vraiment *trop grande* de la taille hypogastrique quand la vessie est distendue. Il y a là évidemment une tentation à laquelle il est difficile, semble-t-il, de résister.

Et cependant il ne faut pas invoquer la bénignité plus grande de l'opération, puisque, dans la statistique des résultats de la taille pour les prostatiques infectés, M. Poncet cite 42 cas avec 5 décès, soit 25 0/0 de mortalité. La statistique de MM. Guyon et Michon donne 23 0/0 seulement avec la sonde à demeure.

Lagoutte, dans un travail publié dans la *Gazette hebdomadaire*, l'année dernière, nous dit, évidemment inspiré par son maître Poncet, que dans l'opération de la *cystotomie*, la mortalité opératoire est nulle, la mortalité post-opératoire presque nulle. Cette distinction entre la mortalité opératoire et la mortalité post-opératoire nous rappelle trop la distinction établie par les profanes pour que nous l'acceptions.

On peut toujours discuter sur les mots et dire que l'opération n'a rien ajouté à la gravité de l'état du malade, que l'opération a été simplement impuissante à le sauver et qu'il serait mort sans cela, et que, par conséquent, l'opération ne doit pas être considérée même comme un des facteurs de la mort.

Mais quand, par exemple, on voit un homme se livrer à ses occupations habituelles aujourd'hui, subir l'opération dans deux jours et être mort trois jours après l'opération, on est en droit et on a le devoir de dire que l'opération est responsable de la mort.

Ainsi les faits, interrogés un à un, aussi bien que les statistiques, sont d'accord pour nous prouver qu'il ne s'agit pas là d'une opération innocente et simplement comparable à l'ouverture d'un abcès.

Les résultats éloignés de cette opération sont-ils donc si brillants ?

Assurément si, comme je l'ai dit, tous les nouveaux méats que l'on crée ainsi étaient continents, les vessies tolérantes et résistantes à l'infection, ce serait parfait.

J'ai montré que la situation de M. Diday, quelque grand que fût son enthousiasme, n'était pas encore si enviable que cela.

Et tous ceux qui n'ont pas de méat continent, tous ceux qui

perdent leur urine, ceux même qui ont une demi-continence peuvent être enchantés au début; mais plus tard leur enthousiasme tombe, et tel qui célébrait les avantages de son méat vous répond comme un malade dont je vous résumerai l'observation et que j'ai débarrassé de sa fistule hypogastrique : Croyez-vous que ce ne soit pas agréable d'être débarrassé « de cet ignoble trou qui vous transforme en une barrique en perce ? » *(sic)* ; qui vous dit encore : « Le jour où vous m'avez débarrassé de ma fistule a *été le plus beau beau jour de ma vie* », et qui ajoute (mais il exagère peut-être) : « Je ne voudrais pas pour dix mille francs de rente avoir de nouveau ce trou. » Et il était en partie continent, grâce à la sonde qu'il portait !

Et ce malade était enthousiasmé de son état après l'opération de taille !

Voici, du reste, cette observation, recueillie par mes internes Escat et Chaillous, et dont le dernier acte appartient à notre collègue Faure, qui a parfait la guérison pendant qu'il me remplaçait à Bicêtre.

Observation. — Le nommé Le Hen..., âgé de 56 ans, inspecteur, entré le 3 avril 1895, salle Nélaton n° 12, à l'hospice de Bicêtre, service du Dr Bazy.

Malade n'ayant jamais eu la syphilis. Première blennorrhagie à 22 ans. Durée huit mois. Nouvelle atteinte deux ans après. Troisième chaudepisse en 1880. Pas de complications.

En 1875, début des accidents urinaires. La miction est pénible, fréquente, le malade ne peut retenir ses urines quand le besoin se fait sentir. Le jet est moins fort qu'autrefois.

L'éjaculation est aussi plus difficile, « au lieu de se faire d'une manière violente, nous dit-il, elle se faisait goutte à goutte. »

Malgré ces troubles, pas trop de préoccupations jusqu'en 1892.

En 1892, soigné à Necker pour une hydrocèle. A ce moment il ne s'est pas plaint de ses voies urinaires et a quitté très rapidement l'hôpital.

En 1893, au mois de février, il rentre à l'hôpital Tenon. On explore l'urèthre; le cathétérisme ne put être effectué, malgré plusieurs tentatives répétées à deux ou trois jours d'intervalle. Ces tentatives ont d'ailleurs amené un léger suintement sanguinolent et des accès de fièvre.

Le 28 avril 1893, l'obstacle était infranchissable, l'état général devenant de jour en jour plus mauvais, on s'est décidé à pratiquer la cystotomie.

Sortie de Tenon en février 1895.

Etat général considérablement amélioré. L'urine s'échappe par la fistule.

Entré à Bicêtre immédiatement après. La sonde ne fonctionne pas.

L'urine s'échappe autour d'elle. La sonde n'avait bien fonctionné que pendant quatre à cinq mois. Quand elle était bien perméable, il ne s'écoulait que quelques gouttes par l'urèthre ; lorsqu'elle fonctionnait mal, l'urine sortait presque complètement par le canal artificiel.

Au moment de l'entrée, le malade exhale une odeur repoussante. La sonde est mal entretenue. Néanmoins il ne veut pas rester dans le service, et revient un mois après.

M. Bazy, qui venait de traiter un cystotomisé par la sonde à demeure, explore le canal et constate la présence d'un rétrécissement bulbaire. Le diagnostic est fait par l'arrêt de la boule dans la région périnéale et le ressaut caractéristique au retour. Le soir, le malade n'a pas eu de fièvre. M. Bazy décide de pratiquer l'uréthrotomie interne, le malade désirant à tout prix « être guéri de cet ignoble trou qui le transforme en barrique en perce. »

L'odeur exhalée par la fistule est repoussante. Uréthrotomie interne. Sonde à demeure. La sonde est fort bien tolérée, pas la moindre fièvre ; l'état général est excellent, mais l'urine continue à s'écouler par la fistule hypogastrique qu'on n'a pu ni aviver, ni suturer. Il a fallu se contenter d'exciser un bourgeon charnu, saillant à l'extérieur.

Les jours suivants, rien de nouveau à signaler. On change la sonde tous les deux jours.

Le 20 avril, avivement des bords de la fistule, isolement de la muqueuse vésicale qui est retournée vers l'intérieur de la vessie et suturée. Suture superficielle.

La suture a tenu deux jours, l'urine coule en grande quantité par l'orifice. La suture profonde a cédé, la suture superficielle n'a pas été suivie de réunion.

Le 29 avril, on décide d'aviver de nouveau la fistule, mais le mauvais état des bords de la plaie fait remettre l'opération à plus tard. Benzoate de soude à l'intérieur.

Le 24 mai, sous l'influence de pansements antiseptiques humides changés fréquemment, la fistule s'oblitère. Injection d'eau boriquée dans la vessie, pas de suintement. La sonde est retirée, le malade urine facilement. Le malade est enchanté d'être débarrassé de sa fistule. « Il préfère, nous dit-il, sa nouvelle situation à son ancienne, avec dix mille francs de rente. »

Cependant, plus tard, cette fistule suinte à nouveau, on continue le trajet au nitrate d'argent, au thermo-cautère sans aucun résultat.

Le 20 septembre, M. Faure incise le trajet fistuleux, un jet d'urine s'échappe avec force, avivement des bords, suture de la peau aux crins de Florence, sonde à demeure.

Quelques jours après, le pansement est encore mouillé par l'urine qui sort. On le renouvelle.

Le 1er octobre, la plaie est complètement cicatrisée. On enlève les points de suture.

Le 5, on retire la sonde. Plus de suintement.

Le 13, le malade se lève, urine seul, facilement.

Le 11 novembre. Depuis l'opération toute l'urine s'écoule par e canal.

Quand un malade est soulagé, quel que soit le moyen employé, il est enchanté, jusqu'au jour où on lui fait voir qu'il peut y avoir mieux.

Vous avez entendu M. Poncet nous dire tout le mal possible de la ponction vésicale. Or, un jour, je reçois la visite d'un malade à laquelle un de nos anciens collègues d'internat avait fait par deux fois la ponction de la vessie, et qui me disait : « Quel merveilleux instrument que l'appareil Potain ! » Il n'était pas loin d'être convaincu qu'il avait été inventé à l'usage des prostatiques.

Je vous demande pardon de citer ces faits : mais tout cela prouve que l'approbation ou le désaveu, irréfléchis et inconscients, des malades ne doivent pas entrer en ligne de compte quand il s'agit d'indications thérapeutiques et opératoires. On doit suivre les seules indications scientifiques : car toute médaille a son revers : l'enthousiasme a, lui aussi, sa contre-partie.

On a prétendu qu'avec un méat hypogastrique la désinfection de la vessie se faisait mieux qu'avec la sonde, que le drainage était plus efficace. Voici un fait qui prouve le contraire, et qui montre une amélioration considérable de l'état général et de l'état de l'urine, coïncidant avec l'emploi de la sonde à demeure destinée à supprimer un méat hypogastrique.

V... (Jean-Pierre), 66 ans, sans antécédents blennorrhagiques ni syphilitiques, ne ressent des troubles de la miction que depuis le commencement de 1894. Il éprouve des besoins d'uriner très fréquents et doit pisser jusqu'à vingt et trente fois par jour, une quinzaine de fois pendant la nuit. Il éprouve en outre de l'incontinence : son pantalon, son lit sont continuellement mouillés. Pas de douleurs, pas d'hématuries, urines claires.

En mai 1894 il entre à Tenon, dans le service de M. Reynier. Un premier sondage ne retire que peu d'urine (donc pas de rétention) ; il garde un mois une sonde à demeure. Après sa sortie, il continue à se sonder de temps à autre : les envies d'uriner sont moins fréquentes (dix par jour), mais l'incontinenee persiste; le début de la miction s'accompagne de picotements dans la verge; quelques douleurs dans les reins.

En juillet 1894, son état s'est aggravé rapidement. Il entre à Necker. M. Routier constate l'hypertrophie de la prostate : les urines sont purulentes; frissons, douleurs généralisécs; une sonde à demeure est mal supportée; des hématuries apparaissent. Le 6 juin on pratique une taille hypogastrique : un gros lobe prostatique saillant est respecté à cause du mauvais état général. Le délire, d'après le malade, aurait persisté pendant six semaines. Sonde à demeure dans la plaie pendant deux mois environ.

L'état général s'améliore ; les envies d'uriner ont disparu.

Le malade entre à l'infirmerie de Bicêtre le 5 février 1895 ; il porte

encore un orifice fistuleux, admettant une sonde de Pezzer et laissant couler continuellement de l'urine. Les urines sont fortement purulentes, très odorantes, engorgent fréquemment la sonde; l'incontinence du méat est absolue, les urines s'écoulant autour de la sonde.

Le 20 février, une sonde en caoutchouc (expulsée), puis en gomme, est placée à demeure dans l'urèthre ; on pratique des lavages boriqués.

Le 6 mars, la sonde est très bien supportée, les urines se sont beaucoup éclaircies et sont bien moins odorantes. L'état général s'est beaucoup amélioré depuis la suppression de la sonde du méat hypogastrique. Celui-ci a peu de tendance à se fermer.

Le 29 avril, on tente l'oblitération du méat urinaire : incision verticale de la peau (6 cent.); la muqueuse vésicale est détachée, le trajet en partie réséqué : deux étages de surjets au catgut; suture de la peau avec les crins; sonde à demeure.

Mais après quelques jours, un peu de suppuration apparaît; l'urine recommence à couler vers le huitième jour par la fistule : elle s'oblitère complètement le 13 mai.

Pendant trois mois, l'état local subit des alternatives, la fislule se rouvrant quatre fois, mais se fermant dès que l'on place une sonde à demeure pendant quelques jours : elle semble oblitérée définitivement à partir du commencement d'août. L'état général est bon, les urines très claires, mais le malade ne peut uriner que quelques gouttes et doit se sonder plusieurs fois par jour.

Je rappellerai enfin pour mémoire le cas que nous a signalé notre collègue Picqué; la folie succédant à l'établissement d'un méat hypogastrique et guérissant avec la fermeture de ce méat.

Pour conclure, je résumerai les indications du méat hypogastrique chez les prostatiques :

1° La taille vésicale avec méat temporaire ou définitif est indiquée surtout dans les *douleurs d'origine vésicale*, dans l'*hématurie* et dans les infections à *forme subaiguë* que la sonde à demeure n'a pu enrayer;

2° Elle est impuissante contre les accidents infectieux aigus et suraigus, mais peut et doit être tentée dans ce cas;

3° Elle peut, dans l'immense majorité des cas de cathétérisme douloureux, être remplacée par différents moyens thérapeutiques, parmi lesquels la sonde à demeure ;

4° Elle doit être exceptionnellement employée dans les cas de fausses routes et de cathétérisme difficile;

5° L'impossibilité du cathétérisme est une indication encore plus exceptionnelle.

En terminant, je vous demande de remercier M. Mougeot d'insérer dans les Archives ses observations que j'ai suffisamment résumées dans ce travail, et d'inscrire le nom de leur auteur dans

un rang honorable sur la liste des candidats à la place de correspondant de la Société de chirurgie.

Discussion.

M. Routier. — M. Bazy est parti en guerre contre la cystotomie, comme si, dans cette Société, nous en étions des partisans exclusifs; la conclusion qui s'est dégagée de la dernière discussion dans cette Société, c'est que la taille hypogastrique ne saurait se substituer au cathétérisme à demeure que dans les cas où ce dernier est insuffisant à faire disparaître les accidents vésicaux. C'est ce qui ressort de l'observation d'un malade qui entra dans mon service pour de l'hématurie, des douleurs vives dans la vessie et de la rétention d'urine. Le cathétérisme n'étant pas supporté, je pratiquai la taille sus-pubienne et, après avoir extrait un petit calcul, j'aperçus une tumeur assez grosse, implantée par la base de la prostate. J'appliquai un clamp et je pus énucléer une partie de la glande, les lèvres de la plaie vésicale furent cousues à la peau. Après deux mois, le cathétérisme put être repris et le malade a reçu ce matin son exeat en parfait état.

M. Reynier. — J'appuie les remarques de M. Routier, je citerai une observation superposable à la sienne. Mon malade avait des hémorrhagies vésicales, des urines purulentes et de vives douleurs. La sonde à demeure n'étant pas tolérée, je pratiquai la taille sus-pubienne, je pus extraire un calcul enchatonné dans une loge vésicale. Les accidents disparurent et le malade guérit avec un méat hypogastrique.

M. Bazy — Je fais (et on me pardonnera de le rappeler) observer que j'ai le premier fait le méat hypogastrique; je ne peux donc être considéré comme son ennemi. Je me suis élevé seulement contre son abus : M. Routier me fait remarquer qu'il est de mon avis. Je suis très heureux de cette conformité de vues. Je ne puis cependant m'empêcher de faire observer que M. Poncet se félicitait, lors de la dernière discussion qui a eu lieu ici, de voir que la cystotomie avait rencontré de nombreux partisans. Il y a une contradiction entre ses paroles et celles de MM. Routier et Reynier.

Communication.

Sur un cas d'ostéome du maxillaire inférieur
(avec présentation de pièce),

par M. BERGER.

Les ostéomes proprement dits du maxillaire inférieur sont des tumeurs rares. Le musée Dupuytren, si riche en lésions osseuses de toute espèce, n'en possède pas d'exemple. Il renferme cependant de nombreuses et intéressantes pièces d'odontomes développés à la mâchoire inférieure, mais l'on n'y trouve pas de tumeur osseuse ni d'exostose développée aux dépens de l'os même. La pièce cataloguée sous le n° 384 [1], ainsi qu'on peut s'en convaincre en regardant la planche correspondante de l'*Atlas*, présente au maxillaire inférieur les traces d'une hyperostose diffuse, qui n'est qu'une des manifestations d'une hyperostose générale de la face; elle doit donc être classée parmi les cas de *leontiasis ossea;* il en est de même des moulages en plâtre déposés au musée sous les n°s 385 et 385 *a*.

Les tables des vingt dernières années du *Bulletin de la Société anatomique* ne mentionnent aucune présentation qui se rapporte à ce genre de tumeurs. Les *Bulletins de la Société de chirurgie* n'en renferment qu'une observation, due à M. Letenneur [2] (de Nantes); nous aurons l'occasion de revenir sur ce fait très intéressant, bien qu'il n'ait pas été complété par un examen anatomique suffisant.

Je mentionne seulement, pour le moment, les très curieuses observations de Trélat (Petit-Vendol) [3] et celle qu'a plus récemment publiée M. Jalaguier [4]; nous verrons qu'elles concernent des faits d'une nature toute particulière et que la qualification d'ostéomes ne leur est pas rigoureusement applicable.

A l'étranger, la relation des cas de cette nature est aussi pauvre de faits. Bryant [5] cite une tumeur osseuse du maxillaire inférieur, déposée au musée de Saint-Thomas après son ablation, pratiquée par Cline [6]; elle provenait de l'ossification d'un chondrome; c'est donc un exemple de chondrome ossifiant et non d'ostéome vrai.

[1] Houel, *Catalogue des pièces du musée Dupuytren*, 1877, t. II, p. 111, et *Atlas*, pl. XLI.

[2] *Bulletin de la Société de chirurgie*, 3e série, t. III, p. 436. 15 juillet 1874.

[3] *Progrès médical*, 23 avril 1887.

[4] *Semaine médicale*, 1889, p. 131.

[5] *A manual for the practice of surgery*, Londres, 1879, t. I, p. 548.

[6] *A system of surgery*, 1870, t. IV, p. 466.

Il aurait lui-même pratiqué avec succès l'extirpation d'une exostose du maxillaire inférieur qui avait ulcéré la gencive et qui avait été prise pour un cancer de la mâchoire. Holmes cite les tumeurs osseuses des mâchoires ; il mentionne seulement deux pièces du *Musée du College of Surgeons* et du *Musée de Saint-George's hosp.*, qui paraissent être des ostéomes du maxillaire inférieur, mais il insiste aussitôt sur l'extension de l'hyperostose à la plupart des os de la face, et ce sont plutôt les faits de leontiasis ossea que ceux d'ostéome du maxillaire inférieur que vise son article.

R. Volkmann [1], dans le livre de chirurgie de Pitha et Billroth, représente un cas très remarquable d'exostose éburnée du maxillaire inférieur, développée chez une femme âgée, à la suite d'un coup de pied de cheval ; la tumeur, grosse comme le poing, occupe presque toute la moitié droite de l'os, depuis l'apophyse coronoïde jusqu'à la symphise ; elle est déposée au musée d'anatomie pathologique de Halle. Otto Weber [2], dans le même recueil, figure une pièce analogue, enlevée par Chélius, et mentionne sommairement deux observations personnelles. Enfin, dans un travail où il dépouille tous les cas de tumeurs des maxillaires observés à l'hôpital Augusta (de Berlin) de 1871 à 1887, E. Birnbaum [3] relate sommairement une observation d'ostéome éburné du maxillaire inférieur ; c'est la seule sur 63 cas de tumeurs de mâchoires, dont 21 appartenant au maxillaire inférieur, où l'auteur ait relevé la nature osseuse de la production pathologique.

Cet aperçu des cas d'ostéomes du maxillaire inférieur que nous avons pu réunir, et auxquels des recherches plus étendues permettraient probablement de joindre quelques autres faits, montre combien cette affection est peu fréquente et donne un intérêt particulier à l'observation que je vais rapporter. On y verra surtout de quelles obscurités peut être enveloppé le diagnostic de ce genre de tumeurs et à quelles erreurs le caractère insidieux de leur début, de leur développement, de leur évolution, peut conduire.

Ostéome du maxillaire inférieur, à développement rapide, accompagné de phénomènes inflammatoires aigus. Résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur. Guérison.

A..., âgée de 19 ans, entre le 1er juin 1895 dans le service de clinique chirurgicale de la Pitié, salle Lisfranc n° 17, pour une tumeur du maxillaire inférieur qui lui cause de très vives douleurs.

[1] Pitha und Billroth, *Handbuch der allg. und spec. Chirurgie*, vol. II, 2e partie, p. 428.

[2] *Ibid*, vol. III, 1re partie, 3e division, p. 305.

[3] Beiträge zur Statistik der Kiefergeschwülste (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. XXVIII, p. 545).

Cette jeune femme, bien portante d'ailleurs, et d'assez bon aspect, bien qu'elle ait beaucoup maigri dans les derniers mois, a remarqué, en novembre 1893, une petite tumeur douloureuse qui s'était produite au niveau de la troisième molaire inférieure gauche, sur le bord alvéolaire. Elle avait d'ailleurs une mauvaise dentition, elle souffrait d'abcès dentaires, qui se produisaient de temps en temps, surtout à la mâchoire inférieure, s'ouvraient au bout de deux ou trois jours, et dont elle ne s'occupait plus. Elle crut à un accident de même nature, mais la petite tumeur, au lieu de s'ouvrir restait dure, et elle augmentait lentement de volume en donnant lieu à des douleurs de plus en plus vives, irradiées du côté des oreilles, et qui existaient la nuit aussi bien que le jour. Au mois de mars 1894, la malade se présenta à la consultation dentaire de l'hôpital Saint-Louis ; une incision pratiquée sur la tumeur ne fit couler que du sang ; sur ces entrefaites, la malade, qui était devenue enceinte, accouchait d'une petite fille bien portante.

En septembre 1894, la dent de sagesse inférieure du côté gauche perça non sans de vives souffrances ; en décembre, la malade lui rapportant les douleurs qu'elle ressentait, la fit enlever sans éprouver de soulagement.

En janvier 1895, une nouvelle incision fut pratiquée, et comme la précédente, elle ne laissa écouler que du sang. Les douleurs augmentant, la tuméfaction s'accroissant sans cesse et gagnant la joue, la malade se décida à entrer à l'hôpital.

Toute la région maxillaire inférieure du côté gauche et la région sous-maxillaire sont le siège d'une tuméfaction considérable, allant du menton à l'angle de la mâchoire, de la région malaire aux limites inférieures de la région sus-hyoïdienne ; la peau tendue et luisante présente une rougeur légère qui est plus accentuée au niveau de la joue gauche.

La bouche est entr'ouverte et laisse couler la salive. La palpation fait reconnaître un œdème léger de toute la région malade ; au niveau de la place où la rougeur est plus accentuée, à la joue, existe une fluctuation manifeste au centre d'une plaque d'empatement dur ; mais surtout on constate que l'augmentation de volume de la région est due à une tumeur très solide formant corps avec la branche gauche du maxillaire inférieur, paraissant l'entourer de toutes parts et se faisant sentir tant à la joue qu'à la région sous-maxillaire.

La bouche ne peut s'ouvrir qu'incomplètement ; en écartant la commissure labiale gauche on voit que toute la partie postérieure du corps du maxillaire inférieur à gauche est occupée par une tumeur du volume d'une très grosse noix, recouverte par la muqueuse gingivale ; cette tumeur a la consistance osseuse ; elle occupe les parties moyenne et postérieure du bord alvéolaire, les faces interne et externe de l'os avec lesquelles elle se continue sans démarcation bien nette. Vers sa partie antérieure, au niveau du bord alvéolaire et dans le sillon gingival, l'on voit deux ouvertures qui laissent écouler en assez grande quantité du pus fétide et mal lié ; un stylet introduit par ces orifices arrive bientôt à une surface osseuse assez étendue et donnant la sensation d'un con-

tact sec et dur. En haut, la tumeur du maxillaire se continue dans l'épaisseur [de la joue avec une induration en plaque, au centre de laquelle est l'abcès dont la fluctuation a été sentie à la joue. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire appréciable.

Le mari de la malade était cocher à la Compagnie des Omnibus; l'existence chez cette femme, jeune, bien portante, d'un gonflement de la région maxillaire inférieure, avec tuméfaction du corps de l'os, s'accompagnant de suppuration circonvoisine se faisant soit du côté de la bouche, soit à la peau, les caractères du pus, mal lié, qui renfermait de petits grains jaunes très visibles, me firent penser à la possibilité d'une infection due aux actinomyces. Telle fut, à première vue, l'impression de mon chef de laboratoire, M. le Dr Besançon; mais l'abcès de la joue ayant été ouvert, le pus s'écoulant des divers orifices fistuleux ayant été examiné avec le plus grand soin et à plusieurs reprises, M. Besançon put constater que ce pus ne renfermait que des microbes vulgaires de la suppuration et des bactéries filamenteuses ayant les caractères du leptothrix buccalis. Les agglomérations formées par ces bactéries constituaient les grains jaunes qui simulaient les grains d'actinomyces.

Deux diagnostics restaient en présence : l'un était celui d'un ostéosarcome, il avait pour lui le développement graduel et régulier de la tumeur, sa dureté, sa forme globuleuse.

L'autre était l'hypothèse d'une ostéite infectieuse progressive à forme nécrosique, avec production de dépôts périostiques osseux engainant un sequestre central; l'âge de la malade, l'état de ses dents, presque toutes cariées, les phénomènes de suppuration qui avaient coïncidé avec le développement de la tuméfaction, la possibilité d'arriver par les trajets fistuleux sur une surface osseuse dénudée, semblaient devoir faire pencher la balance en sa faveur.

Telle était néanmoins la dureté, la régularité de la tumeur, que je m'en tins au premier de ces diagnostics, ne faisant que quelques réserves à l'égard du second comme j'en avais fait pour l'actinomycose. Avant, cependant, de me résoudre à une intervention radicale, je décidai de faire un examen sous le chloroforme, d'explorer les trajets de la manière la plus complète, et de m'assurer s'ils ne traversaient pas des couches osseuses de nouvelle formation pour conduire à un sequestre central. Cette exploration me démontra, au contraire, que la surface de la tumeur, dépouillée de son revêtement gingival, etait lisse, dure, compacte, et ne présentait nullement l'aspect de dépôts périostiques récents, toujours irréguliers; que nulle part on ne trouvait de trajets profonds s'engageant dans l'épaisseur de l'os.

Dès lors, le diagnostic d'ostéo-sarcome me parut devoir être seul admis et la résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur fut résolue et pratiquée le 21 juin.

Je n'ai rien à dire de l'opération qui fut des plus faciles; je réséquai le périoste de la branche horizontale en même temps que celle-ci. Au moment où je sectionnai l'os en dehors des incisives, il se fractura au niveau de la tumeur, ce qui me décida, en reconnaissant une altéra-

tion plus étendue que je ne m'y attendais, à extirper toute la branche montante de peur de récidive. Il n'y eut aucune perte de sang.

Comme dans tous les cas de ce genre, je fis une suture de la muqueuse buccale, un drainage très large par la région sus-hyoïdienne et je tamponnai avec de la gaze iodoformée la cavité creusée par l'extirpation de la branche montante. Les suites de l'opération furent absolument normales; les fils furent retirés le 29 juin; la malade quittait l'hôpital le 2 juillet.

J'ai revu la femme vers le milieu d'octobre ; quand elle a la bouche fermée, la face ne présente presque pas de déformation appréciable ; à peine si l'on peut constater un peu d'aplatissement de la partie latérale gauche vers les régions inférieures; le menton n'est pas dévié vers la gauche, et en écartant les lèvres, on peut constater que les incisives médianes qui ont été conservées à la mâchoire inférieure correspondent aux incisives supérieures. Au contraire, dès que l'opérée ouvre la bouche, le menton, la moitié droite du maxillaire inférieur se dévient aussitôt vers la gauche, d'autant plus fortement que l'écartement des mâchoires augmente. La cicatrice extérieure n'est pas trop visible. La cicatrice intérieure donne la sensation d'une corde fibreuse qui occupe toute la longueur de la perte de substance osseuse ; elle ne paraît pas avoir de tendance marquée à se rétracter.

Examen anatomique de la pièce. — La tumeur est implantée sur la branche horizontale du maxillaire inférieur ; elle commence à l'union de la branche horizontale et de la branche montante ; en avant elle s'étend jusqu'à la deuxième petite molaire qui est implantée encore sur la tumeur.

Cette tumeur a la forme d'une mandarine, elle fait une saillie beaucoup plus marquée au niveau de la face externe que sur la face interne de l'os; son épaisseur est de $5^{cm},5$, sa hauteur de $3^{cm},5$, environ. Sa surface est lisse, régulière ; au niveau du bord alvéolaire, néanmoins, est une surface rugueuse correspondant à la dénudation qui a été faite au cours de l'opération exploratrice ; tout autour est une végétation exubérante de bourgeons charnus, deux des grosses molaires sont implantées à ce niveau.

La tumeur a aminci la branche horizontale du maxillaire dont le bord inférieur persiste seul au-dessous d'elle. Ce bord s'est fracturé pendant l'opération au moment où l'on cherchait à luxer la moitié correspondant du maxillaire dans l'articulation temporo-maxillaire.

Examen histologique de la tumeur, par M. Besançon, chef du laboratoire de clinique. La pièce appartient à la catégorie des ostéomes.

La tumeur, en effet, est entièrement formée de travées anastomosées les unes aux autres avec une grande régularité, et séparées les unes des autres par des espaces plus ou moins larges qui renferment toujours un capillaire et de la moelle osseuse, avec, de place en place, de grandes cellules à plusieurs noyaux. Dans les travées on voit en certains endroits des ostéoblastes : il s'agit donc bien de tissu osseux et non d'une simple calcification. On comprendrait mal, d'ailleurs, une

calcification ayant la régularité de formation que présentent ici ces travées.

Les espaces qui séparent les travées sont plus ou moins élargis. Sur certains points même, les travées sont extrêmement écartées les unes des autres, et l'espace intermédiaire est rempli de moelle enflammée et surtout de leucocytes polynucléaires. Sur d'autres points, au contraire, les espaces sont à peine perceptibles et les travées osseuses sont très rapprochées.

Quant au périoste, il ne présentait que des lésions inflammatoires; les bourgeons qui recouvraient la surface de la tumeur étaient, eux aussi, exclusivement formés de leucocytes du pus et de vaisseaux de nouvelle formation.

Il faut noter enfin l'importance des infections secondaires par les microbes de la bouche ; il existait au milieu du sang et du pus crachés par la malade, de petits amas gris blanchâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle qui étaient uniquement formés de bactéries parmi lesquelles prédominait une bactérie très filamenteuse, ayant les caractères du leptothrix buccalis.

L'inspection directe du tissu pathologique à la coupe, l'examen histologique détaillé dont celui-ci a été l'objet, ne peuvent laisser de doute sur la nature réelle de la tumeur. Il s'agit bien là d'un ostéome du maxillaire inférieur, mais il faut reconnaitre que, ni au point de vue de ses caractères anatomiques, ni au point de vue de son évolution clinique, la description du cas que j'ai observé ne concorde avec les quelques observations antérieurement connues.

1° *Au point de vue de ses caractères anatomiques*, la tumeur que j'ai enlevée ressemble beaucoup plus aux autres ostéomes de la face, particulièrement aux ostéomes du maxillaire supérieur, à ceux du sinus frontal, de l'orbite, que les tumeurs observées par Otto Weber, Volkmann, Letenneur, Birnbaum, pour ne parler que de celles dont nous avons une description assez détaillée.

Celles-ci ne paraissent, dans aucun de ces cas, avoir présenté de limites précises ; elles ressemblaient à un cal volumineux et dense (O. Weber, Letenneur) se confondant d'un manière diffuse avec la couche compacte du maxillaire, surtout au niveau de sa face externe. En examinant la figure qui représente la pièce du musée de Halle, on voit que celle-ci ressemble bien plus à une hyperostose presque généralisée de la moitié droite de la mâchoire inférieure, qu'à une exostose, qu'à un ostéome, et ce sont le bord inférieur du maxillaire et son angle au niveau desquels cette hyperostose semble surtout s'être développée.

Dans le cas présent, il s'agit au contraire d'une véritable tumeur de forme arrondie, régulière, développée surtout au niveau du bord alvéolaire, mais débordant presque également les faces interne

et externe de l'os. Cette tumeur, si solidement qu'elle soit implantée sur le maxillaire, en semble en quelque sorte indépendante par une notable partie de sa surface ; elle a aminci le corps de la branche horizontale et son bord inférieur qui seul persiste encore de l'os aminci, et de cet amincissement est résulté une fragilité particulière qui a permis au maxillaire de se fracturer au niveau de la tumeur au moment de l'ablation. S'il s'était agi d'une hyperostose diffuse, d'une périostose, ou d'une de ces augmentations de volume dépendant d'une périostite ossifiante chronique et formée de dépôts osseux déposés à la surface de la table externe, comme nous en verrons bientôt des exemples, la résistance, la solidité du maxillaire eût été au contraire augmentée.

La forme régulière, sphéroïdale de la tumeur, son développement régulier, à peu près égal dans tous les sens, l'amincissement de la branche horizontale du maxillaire produit par ce développement et l'indépendance relative de cet ostéome à l'égard de l'os aminci sur lequel il s'implante, sont donc des caractères particuliers à notre observation et qu'on ne retrouve pas au même degré dans les cas antérieurement publiés.

D'ailleurs la structure même de cet ostéome, la densité, la surface égale et compacte de sa coupe, la constitution du tissu osseux néoformé qui paraît composé d'un tissu spongieux très condensé plutôt que de véritable substance osseuse compacte, sont les mêmes qu'avaient décrites Otto Weber et M. Letenneur. Mais ce qui donne au cas présent une valeur particulière, c'est l'examen histologique fait avec tant de soin par M. le Dr Besançon et qu'il faut rapprocher de ceux qui ont été faits et publiés par M. Pilliet [1] dans deux cas d'ostéomes du maxillaire supérieur. L'identité des résultats est frappante, et on pourrait dire de notre tumeur ce que M. Pilliet a dit de celles qu'il a eu l'occasion de soumettre à son examen.

« Ces tumeurs ne sont pas des ostéomes embryonnaires, composés surtout d'éléments médullaires, comme ceux qu'a décrits Bouveret ; ce ne sont pas non plus des tumeurs adultes de tissu compact. Elles rappellent l'aspect des os du fœtus un peu avant la naissance, quand ils ont encore l'aspect spongieux et qu'ils n'ont pas été creusés par la résorption modelante ; en sorte que pour les rattacher à un type normal, il faudrait dire qu'elles ont l'aspect du tissu osseux jeune en voie de développement, mais avec cette différence que la résorption qui doit donner à l'os sa forme et en limiter le développement, ne se fait pas ».

[1] Deux ostéomes du maxillaire supérieur (*Bulletin de la Société anatomique*, 30 mai 1890).

2° *L'évolution, l'histoire clinique de cette tumeur ne sont pas moins curieuses.* — Si le nombre de pièces anatomiques concernant les tumeurs osseuses du maxillaire inférieur est déjà si restreint, que dire des descriptions cliniques qui se rapportent à cette variété de tumeurs? Le seul fait dont l'observation ait été publiée avec quelque détail est celui que M. Letenneur a communiqué à la Société de chirurgie; les autres cas, mentionnés par divers auteurs, ne renferment que des indications tout à fait insuffisantes.

Ces ostéomes paraissent se développer de préférence dans la jeunesse; telle est l'opinion formulée par O. Weber et basée probablement sur l'histoire de ses malades dont il ne dit pas l'âge. La malade de M. Letenneur était âgée de 21 ans, la nôtre de 19, celle de Birnbaum, de 12 ans seulement. Il est vrai que la pièce du musée de Halle provient d'une femme âgée, et que l'opérée de Bryant était âgée de 50 ans; chez celle-ci, d'ailleurs, il est à noter que le développement de la tumeur remontait à plus de vingt ans.

L'évolution de ces ostéomes, d'ailleurs, ne paraît pas suivre la marche très lente que l'on attribue d'ordinaire aux tumeurs de cette espèce et que présente en général l'hyperostose diffuse des os de la face. Le premier début de la tumeur remontait à 6 mois, dans le cas de Birnbaum, à 13 ou 14 mois, dans celui de Letenneur, à 18 mois dans le mien. Cette marche relativement rapide, qui concorde bien avec les résultats des examens histologiques pratiqués par MM. Pilliet et Besançon, nous explique les phénomènes douloureux et presque inflammatoires dont s'accompagne l'accroissement de volume de la tumeur. Ces phénomènes douloureux étaient des plus marqués dans le cas de M. Letenneur et dans le mien; les douleurs avaient même précédé dans leur apparition celle du gonflement osseux.

Mais ce qui donne au cas que je viens de rapporter une physionomie toute particulière, c'est la marche, ce sont les symptômes infectieux et la suppuration des parties molles, dont s'est compliquée l'évolution de la tumeur.

La malade qui fait le sujet de mon observation souffrait auparavant déjà d'abcès dentaires; dès les premiers accidents douloureux, on crut à une poussée nouvelle de périostite alvéolaire, et lorsqu'une tuméfaction du rebord gingival commença à se montrer, on crut à la production d'un abcès et l'on pratiqua sur elle une incision. Quoique celle-ci n'eût donné lieu qu'à un écoulement sanguin, à plusieurs reprises, dans les mois qui suivirent, on eut de nouveau recours au bistouri, dans la conviction où l'on était qu'il existait, au niveau du renflement de la mâchoire, un abcès à ouvrir, et dans le fait, quand j'examinai pour la première fois la

malade, je constatai l'existence d'une suppuration abondante qui s'était fait jour par plusieurs orifices dans le sillon gingival, et d'un abcès indépendant et volumineux qui s'était développé dans l'épaisseur de la joue.

Ces phénomènes tenaient-ils simplement à une infection secondaire des parties molles et du périoste produite par les microbes de la bouche à la faveur des incisions pratiquées? Cela est possible, mais la tumeur elle-même, comme certains sarcomes, ne jouait-elle pas le rôle de corps étranger, de cause mécanique prédisposante et comme d'épine inflammatoire? Il est difficile de ne pas l'admettre, quand on a vu la tuméfaction phlegmoneuse qui, dans mon cas, s'était développée tout autour de la mâchoire inférieure et qui donnait à la région les apparences d'une périostite diffuse du maxillaire inférieur.

Dans l'observation de M. Letenneur, les douleurs avaient un caractère assez différent de celles présentées par ma malade; elles revenaient par accès, duraient en général cinq ou six jours, pour disparaître pendant une semaine et revenir ensuite; il n'est pas fait mention de phénomènes inflammatoires ni d'abcès. Dans le cas de Bryant, une ulcération s'était produite au niveau du bord alvéolaire et, jointe à la tuméfaction, en avait imposé pour l'existence d'un cancer ulcéré du maxillaire inférieur.

Quoi qu'il en soit, le développement et l'évolution des ostéomes du maxillaire inférieur n'ont aucune relation apparente, ni avec des altérations dentaires, ni avec l'inclusion ou l'évolution difficile de la dent de sagesse. La plupart des relations sont, il est vrai, muettes sur ce point, mais celui-ci est nettement tranché par l'observation de Letenneur et par la mienne; dans la première, la dent de sagesse était sortie sans donner lieu à aucun accident; dans le second, elle fit éruption peu après l'apparition de la tumeur, sans que la marche de celle-ci parût en aucune façon modifiée.

Il faut, on le voit, laisser absolument de côté les descriptions théoriques que les traités classiques font de la symptomatologie des ostéomes du maxillaire et le diagnostic tout à fait schématique auquel on soumet ces tumeurs. Si j'en crois mon expérience personnelle, rien n'est plus difficile que de reconnaître exactement leur nature.

L'évolution relativement lente, les phénomènes douloureux, l'existence d'une suppuration ouverte dans la bouche et d'un abcès développé dans l'épaisseur de la joue, la présence de fistules conduisant sur une surface osseuse dénudée, rugueuse et dure, tout semblait indiquer l'existence d'une ostéite à forme nécrosique du maxillaire. Ce qui me détourna surtout de cette hypothèse, ce fut que le stylet, au lieu de s'engager au travers de couches osseuses

nouvelles, friables, pour trouver le séquestre à une certaine pro-ondeur, arrivait aussitôt sur une surface couverte et comme éburnée. Cependant, avant d'exclure l'idée d'une nécrose de la machoire, je fis une incision exploratrice qui me permit de constater directement que c'était bien à une tumeur osseuse que j'avais affaire.

Je mentionne seulement en passant l'hypothèse d'une actinomycose, à laquelle les grains jaunes, expulsés avec la suppuration, nous avaient forcés de songer; on a vu que l'examen microscopique de ces productions permit aussitôt de l'exclure.

Cette tumeur osseuse, sur laquelle nous étions arrivé avec la rugine et avec le doigt, quelle pouvait-elle être?

Ainsi que Broca l'a établi, *tout néoplasme qui se montre dans les mâchoires après l'achèvement de l'évolution dentaire n'est certainement pas un odontome;* telle est la raison péremptoire pour laquelle nous avons d'abord exclu l'idée d'une tumeur de cette nature; d'ailleurs, pour que l'on puisse admettre l'existence d'un odontome, quelle que soit sa variété, *l'absence d'une ou plusieurs dents* est de rigueur, et chez notre malade la dentition était complète. J'avoue néanmoins que chez un sujet plus jeune, ce diagnostic pourrait rencontrer de réelles difficultés.

Je ne pensai pas, je l'avoue, a un ostéome vrai du maxillaire inférieur; l'évolution rapide, en un an et demi, de la tumeur, le volume très notable qu'elle paraissait avoir atteint et qui était rendu encore plus apparent par la tuméfaction des parties molles, les phénomènes inflammatoires de voisinage dont s'entourait le néoplasme, me parurent ne pouvoir s'accorder qu'avec l'idée d'un ostéosarcome. Je fus confirmé dans cette erreur par la comparaison avec un autre ostéome du maxillaire supérieur que j'eus l'occasion d'examiner cette année et qui présentait des caractères tout différents.

Il s'agit d'une jeune Anglaise de 25 ans environ, qui était entrée à l'hôpital d'Hertford pour une affection du genou. Pendant que je lui donnais mes soins, elle me pria d'examiner une tuméfaction non douloureuse qu'elle portait à la mâchoire inférieure. Je trouvai la face externe de cet os au niveau de la branche horizontale, du côté droit, manifestement gonflée, présentant même une tumeur véritable, saillante et très dure, mais absolument indépendante des parties molles. Cette tumeur faisait une saillie notable dans le sillon gingival qu'elle effaçait; les dents étaient d'ailleurs restées à leur place, elles n'étaient pas ébranlées, la face interne de la mâchoire ne présentait aucune altération. Comme il n'y avait ni douleurs, ni constriction des mâchoires, et que la malade affirmait que cette tuméfaction dure existait depuis plusieurs années et

qu'elle ne se développait que très peu, le diagnostic d'ostéome ou d'hypérostose du maxillaire inférieur s'imposait. Mais en examinant le reste du squelette de la face, je pus aussitôt constater que cette tumeur n'était pas la seule, qu'il existait en même temps une tuméfaction très dure, volumineuse déjà, quoique sans limites bien nettes, qui occupait la face antérieure du maxillaire supérieur droit, principalement les fosses myrtiforme et canine et la branche montante de cet os, et qu'il y avait en même temps, sous le muscle temporal, une volumineuse hypérostose qui effaçait presque complètement la fosse de ce nom. Du côté gauche de la face, les lésions se limitaient à un certain degré de tuméfaction du maxillaire supérieur. Chez elle, la tumeur osseuse du maxillaire inférieur n'était donc qu'une des lésions de l'hypertrophie diffuse des os de la face, à laquelle appartiennent presque toutes les pièces déposées dans les musées pathologiques et qui caractérise cette maladie terrible et bizarre, le *leontiasis ossea*, dont MM. Kalindero et Critzmann viennent de faire paraître dans la *Presse médicale* une nouvelle et remarquable observation.

Inutile d'insister sur les différences qui existent entre cette variété d'hypérostose, sa marche, ses symptômes, et celles des ostéomes du maxillaire inférieur; aussi risquerait-on de se tromper fort en attribuant à ceux-ci la marche lente, l'indolence, l'absence de participation des parties molles aux lésions et la dureté absolue des tumeurs du maxillaire inférieur qui procèdent de l'hypertrophie diffuse des os de la face.

Somme toute, c'est avec l'ostéosarcome du maxillaire inférieur que les ostéomes de cet os peuvent surtout se confondre, non pas avec les sarcomes périostiques, relativement fréquents, mais avec un sarcome central déterminant une déformation excentrique du tissu compact de cet os et s'entourant d'une sorte de coque osseuse. La marche plus lente de la tumeur, sa consistance partout égale, l'absence de crépitation parcheminée, peuvent faire pencher le diagnostic en faveur de l'ostéome, mais sans lui donner une bien grande solidité ; on peut également faire entrer en ligne de compte la rareté des sarcomes centraux du maxillaire inférieur ; mais les ostéomes paraissent plus rares encore. Dans les cas comme le nôtre, il sera, je le crois, extrêmement difficile d'arriver à une conclusion certaine avant l'opération, et ce n'est guère que le souvenir des cas antérieurement publiés et des hésitations par lesquelles ont passé ceux qui les ont eus sous leur observation, qui pourront guider le diagnostic et l'établir sur des présomptions, sinon sur des assurances positives.

Mais il est un genre d'affection du maxillaire inférieur qui a été

considéré et décrit par M. Trélat, par M. Jalaguier, comme un ostéome de cet os et sur lequel il faut que je m'explique.

Les faits recueillis par MM. Trélat, Verneuil, Gérard-Marchant, Jalaguier, ont ceci de particulier qu'ils ont tous été observés chez de très jeunes sujets. A la suite d'un traumatisme externe, ou d'une lésion dentaire, ou d'un arrêt dans l'évolution d'un follicule dentaire (inclusion de la dent de sagesse), il s'était développé chez les sujets en question, avec quelques phénomènes inflammatoires, parfois assez intenses (douleurs, constriction des mâchoires, et même production d'abcès et de fistules), une tuméfaction notable et très dense occupant exclusivement la face externe du maxillaire inférieur. Cette tuméfaction, parfois assez considérable pour avoir imposé à Gosselin, à Verneuil, l'idée d'une néoplasie maligne, ayant été attaquée par une incision extérieure, M. Trélat, comme M. Jalaguier, ont pu constater qu'elle s'était constituée par des couches osseuses nouvelles, épaisses, stratifiées, surajoutées à la table externe du maxillaire, situées sous un périoste énormément épaissi et lardacé; dans deux cas, au centre de ces couches osseuses, se trouvaient de petits sequestres. L'ablation avec la gouge, le ciseau et le maillet, de ces couches osseuses de nouvelle formation, ne suffit pas toujours pour amener la guérison. Dans son cas, M. Jalaguier vit les phenomènes inflammatoires résister à deux reprises à l'opération, et ce ne fut que par des cautérisations ignées répétées, qu'il parvint à s'en rendre maître. Tels sont les faits auxquels les auteurs que je viens de citer ont donné le nom d'*ostéomes sous-périostés du maxillaire inférieur*.

En m'élevant contre cette dénomination, je tiens d'abord à bien établir qu'il s'agit de lésions absolument différentes des ostéomes proprement dits dont je vous ai présenté un exemple. La diffusion de la tuméfaction osseuse, son développement absolument limité à la face externe de l'os, mais surtout ses connexions avec le périoste, l'état du périoste lui-même épaissi lardacé, la complication de suppuration, de fistule, de sequestre, enfin l'évolution inflammatoire de l'affection, tout montre qu'il ne s'agit dans les cas en question que d'une *hypérostose causée par une périostite ossifiante*. Or, la formation d'un cal exubérant dans une fracture vicieusement consolidée, les hypérostoses de la jambe qu'on observe dans la syphilis osseuse, dans les ulcères de la jambe, ne constituent nullement des ostéomes : Le terme d'ostéome doit être réservé pour les tumeurs circonscrites et séparées, par ce caractère, des hypérostoses, comme les premiers le sont le plus souvent des secondes par leur développement spontané, indépendant de toute cause appréciable, et leur marche chronique et généralement exempte de toute inflammation. Si, sur ce dernier point, mon observation prouve

qu'il y a des exceptions, elle reste néanmoins comme un des types les plus complets des lésions anatomiques et du syndrome clinique qui caractérisent les ostéomes proprement dits du maxillaire inférieur.

Quelques mots seulement sur le *traitement opératoire* auquel j'ai eu recours. Convaincu que j'avais affaire à un ostéo-sarcome, j'ai pratiqué la résection de la moitié correspondante du maxillaire inférieur. La fracture du bord inférieur de la branche horizontale qu se produisit au cours de l'opération, me confirmant dans mon opinion, me détermina à pratiquer l'ablation de la branche montante elle-même, que j'eusse peut-être conservée si j'eusse pu déterminer avec certitude la nature de la tumeur; mais cette fracture, et la minceur du rebord osseux qui persistait encore et figurait le bord inférieur de la màchoire, prouvent qu'il eût été impossible de se borner à pratiquer l'ablation simple de la tumeur avec le ciseau et le maillet, comme cela a été fait à l'hôpital Augusta (de Berlin), comme l'a fait Letenneur. L'observation de celui-ci, d'ailleurs, n'est pas encourageante, car, au moment où elle s'arrête, les phénomènes douloureux étaient réapparus; nous ne savons pas quelle fut la suite de cette histoire pathologique, mais l'on sait, par ce que l'on observe pour les ostéomes de la face, que, pour obtenir un résultat certain, l'ablation de la surface d'implantation de la tumeur s'impose. Ainsi, quand la tumeur a pris un certain volume, c'est à la résection partielle du maxillaire qu'il faut avoir recours, en emportant avec la tumeur toute la partie de cet os où elle se trouve comprise, et ce n'est que dans les cas où l'ostéome est de très petit volume qu'on pourrait tenter de le circonscrire en enlevant au ciseau toute la couche osseuse qui lui confine.

J'ajoute que l'on exagère l'importance des déformations produites par la résection du maxillaire inférieur et la nécessité de les combattre dès l'opération par la prothèse immédiate. Je puis montrer cette opérée comme un type de ce que pourrait donner la prothèse immédiate à la suite des résections d'une moitié du maxillaire inférieur. Chez elle, lorsque la bouche est fermée, l'intervalle des incisives médianes inférieures correspond exactement à celui des supérieures; une cicatrice longue et souple remplace la moitié absente de la mâchoire. Il n'y a comme déformation apparente que la disparition de la saillie de l'angle de la mâchoire, et un appareil prothétique mis en place plus de six mois après l'opération masque entièrement la difformité et permet le jeu complet de la mâchoire. Or, je ne lui ai mis aucun appareil, je n'ai fait aucune tentative de prothèse après l'opération, et quoique celle-ci eut eu lieu au milieu de tissus profondément infectés, l'opérée quittait l'hôpital complètement guérie douze jours après l'opération.

D'autre part, un homme jeune et vigoureux sur lequel j'ai pratiqué la résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur pour un sarcome fasciculé de cet os, et auquel M. le Dr Roy a appliqué au cours même de l'opération un appareil de prothèse conçu et exécuté avec beaucoup d'ingéniosité, n'a cessé de souffrir et de suppurer ; il n'a guéri (et cela quoique l'appareil eût fonctionné à merveille) que quand j'eus retiré, au bout de plus de deux mois, le maxillaire artificiel qui tenait la place de l'os ancien. La déformation définitive, chez ce sujet, était bien plus marquée que chez la malade présente.

Je ne veux pas déduire de faits trop peu nombreux des conclusions contraires à une méthode que son inventeur a conduite à un haut degré de perfection et qui est capable de rendre de réels services dans certains cas de résections partielles des branches horizontales ou de la symphise ; je crois néanmoins qu'on s'exagère et les déformations consécutives aux résections, et la difficulté qu'on a d'y remédier par des appareils prothétiques appliqués après la guérison. Celle-ci, dans les conditions ordinaires, est une affaire de quelques jours, au bout desquels et avant que la cicatrice de la joue se soit notablement rétractée, on peut appliquer sans inconvénient un appareil préparé avant l'opération. Je crois enfin être fixé sur ce point, c'est que la prothèse immédiate doit être limitée à la restauration de la branche horizontale, et qu'il est plutôt nuisible, après la résection de la branche montante, d'introduire et de maintenir au milieu des parties molles qui s'inséraient à celles-ci, une pièce artificielle qui en empêche la réunion.

Discussion.

M. Th. Anger. — J'ai souvenir d'avoir opéré il y a vingt ans une femme âgée de 24 à 27 ans portant une tumeur de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche. La tumeur était mal circonscrite à ses extrémités, elle était dure. Aucun ébranlement des dents, les gencives étaient saines, il existait des douleurs intolérables ; je fis la résection du maxillaire inférieur (moitié gauche), au centre de l'os je trouvai un véritable ostéome de 2 à 3 centimètres libre, au point que j'aurais pu, par la trépanation, en faire l'extraction.

J'approuve néanmoins la conduite de M. Berger, de même que ses réserves relatives à la prothèse immédiate.

M. Picqué. — Je tiens à appuyer ce que vient de dire M. Berger au sujet de la prothèse.

Il y a dix ans, nous avons pratiqué avec M. Pozzi, une résection du maxillaire inférieur chez une jeune fille atteinte d'un chondrome du maxillaire inférieur. Il n'y eut pas de prothèse immédiate ; un

simple appareil fut appliqué pour faciliter la mastication. Néanmoins le résultat cosmétique fut excellent : je revis la jeune fille au bout de quelques années ; la symphyse n'était pas déviée quand la bouche était fermée et se déplaçait à peine au moment de l'ouverture.

M. Pozzi, dont je regrette l'absence aujourd'hui, m'a dit hier qu'il venait de l'opérer à nouveau pour une tumeur abdominale.

Le résultat cosmétique est resté très bon.

M. Delorme. — J'ai fait appliquer dans mon service, pour des fractures du maxillaire des appareils ; or, le résultat immédiat étant excellent, les résultats définitifs ont été variables. Un des blessés n'a pu, du reste supporter, son appareil à cause de l'ostéite qui s'était développée.

M. Terrier. — La question de la prothèse n'est pas aussi simple : d'abord chaque fois que les parties suppurent, la prothèse n'est pas supportée, de plus l'utilité de cette prothèse est l'utilité immédiate ; il est très difficile actuellement de dire ce qu'on peut tenter et obtenir, c'est l'opinion même d'Ollier et de la plupart des chirurgiens de Lyon.

M. Delorme. — Quand on opère dans la bouche, on opère sur un champ qui rapidement sera infecté ; il faudrait donc toujours rejeter la prothèse, si on adoptait l'opinion de M. Terrier.

M. Terrier. — Il faut s'entendre sur les lésions et les appareils prothétiques. Un appareil peut rester en place et ne pas rester inclus dans les tissus. Il est utile de conserver des appareils placés immédiatement, parce qu'ils empêchent les déformations considérables ultérieures. Ces appareils conduisent la réparation et lui servent pour ainsi dire de moule.

M. Berger. — L'observation de M. Anger est différente des autres, puisqu'il s'agissait d'un ostéome central. Je n'ai voulu traiter la question de prothèse que d'une manière fort accessoire, le but de l'appareil est de s'opposer pendant quelques mois à la rétraction des tissus.

Présentation de malades.

Ostéomyélite chronique du tibia gauche ; large évidement de la diaphyse tibiale ; ablation de séquestres ; réparation de la cavite osseuse au moyen d'un lambeau ostéopériostique emprunté à l'os malade lui-même.

Par M. E. KIRMISSON.

Le traitement des vastes cavités osseuses auxquelles donne nais-

sance l'évidement des diaphyses dans l'ostéomyélite est toujours chose assez délicate.

Sans doute on peut, si l'altération osseuse est très profonde, pratiquer la résection sous-périostée de la diaphyse elle-même, comptant sur le périoste pour obtenir la régénération de l'os ; mais parfois cette régénération osseuse reste incomplète, et le malade guérit en conservant une pseudarthrose, comme cela nous est arrivé pour un jeune garçon auquel nous avions réséqué 13 centimètres de la diaphyse tibiale. D'autre part, les segments osseux empruntés à d'autres sujets ou à des animaux peuvent être éliminés par la suppuration. Il reste bien encore la ressource de laisser la plaie largement ouverte, et plus tard, lorsqu'elle est recouverte de bourgeons charnus, on peut activer sa cicatrisation par des greffes cutanées ou dermo-épidermiques. Mais agir ainsi c'est se condamner à conserver une difformité souvent très considérable. Un procédé, beaucoup plus avantageux suivant nous, dans tous les cas où il est applicable, c'est celui qui a été indiqué il y a quelques années par le professeur Lücke, procédé qui consiste à tailler sur l'os malade lui-même un lambeau qu'on laisse adhérent aux parties molles, puis que l'on rabat au-devant de la perte de substance osseuse, de manière à la combler. C'est ce procédé que j'ai mis en usage dans le fait suivant où il m'a donné un très bon résultat.

L'enfant, Alphonse V..., âgé de 11 ans, est entré dans mon service le 3 juillet dernier. Jusqu'en septembre 1894, on ne trouve rien à signaler dans ses antécédents. Mais à ce moment, le tibia gauche augmente de volume, et l'enfant, incapable de s'appuyer sur le membre malade, doit s'aliter. De novembre 1894 à mars 1895, il est soigné à l'hospice de Lormes, où, si l'on en croit son dire, on aurait pratiqué, à deux reprises différentes, des incisions et posé des tubes à drainage.

A son entrée dans notre service, nous constatons que le tibia gauche est très augmenté de volume ; il en résulte une déformation considérable de la jambe qui porte, sur toute sa hauteur, au niveau de la région antéro-interne du tibia, des trajets fistuleux multiples livrant passage à une suppuration abondante. L'enfant ne peut se servir de son membre à cause des douleurs dont il est le siège. L'état général est d'ailleurs satisfaisant ; les viscères sont sains et les urines ne renferment pas d'albumine.

Le 12 juillet, nous pratiquons l'évidement du tibia malade. Nous faisons, au-devant de la crête du tibia, une incision longitudinale de 15 centimètres environ, dans laquelle tombent perpendiculairement deux petites incisions horizontales, répondant à peu près aux cartilages épiphysaires inférieur et supérieur de l'os. On obtient ainsi un grand lambeau rectangulaire qui est rejeté en dedans. Pour cela, le périoste est décollé avec la rugine au niveau de la face interne du tibia. Celle-ci est creusée de toutes parts par de nombreux orifices à travers lesquelles font

saillie des fongosités. Cette face interne tout entière est enlevée avec la gouge et le maillet, et l'on voit alors apparaître derrière elle, baignant dans le canal médullaire, au milieu du pus et des fongosités, trois séquestres longitudinalement disposés, qui sont enlevés avec des pinces. Le canal médullaire est soigneusement évidé et débarrassé de tous les débris osseux et des fongosités qu'il contient. Le tibia est ainsi transformé en une vaste gouttière largement ouverte en avant. Pour combler cette perte de substance osseuse et activer la réparation, on emprunte un large lambeau à la face externe du tibia; avec le ciseau et le maillet, on détache longitudinalement cette face externe du reste de l'os; puis ensuite, en haut et en bas, on pratique deux incisions perpendiculaires à la première, le lambeau est ainsi complètement mobilisé; toutefois, il reste adhérent au périoste et aux parties molles. C'est ce lambeau que l'on fait pivoter autour de son axe longitudinal et que l'on rabat d'arrière en avant au-devant du canal médullaire largement ouvert de façon à l'oblitérer, de telle sorte qu'après cette opération, c'est la face externe du tibia qui vient remplacer la face interne. Toutefois, pour faire pivoter ce lambeau osseux, on est obligé de l'amincir à sa base, de sorte qu'on pratique dans son épaisseur une perte de substance en forme de V. Le lambeau osseux ainsi rabattu est maintenu en place par deux points de suture au fil d'argent, traversant la peau elle-même; suture de la peau au crin de Florence, en laissant dans la partie moyenne un point ouvert pour le passage des liquides; pansement à la gaze iodoformée; immobilisation du membre au moyen d'une gouttière plâtrée.

19 juillet. — La suppuration persiste; la jambe est très tendue et douloureuse; la température est élevée, avec de grandes oscillations.

25 juillet. — L'état général reste satisfaisant, bien qu'il y ait toujours de la fièvre et de la suppuration.

2 août. — Les fils d'argent ont à peu près coupé les parties molles, mais le fragment osseux mobilisé paraît solidement fixé. La suppuration diminue notablement à la partie supérieure de la jambe; en bas, il reste un clapier dans lequel on insinue un tube à drainage; la température tend à s'abaisser.

16 août. — Les fils d'argent sont enlevés; la réunion osseuse est d'ailleurs assurée; les surfaces bourgeonnantes résultant de la section de la peau par ces fils sont pansées avec la poudre d'iodoforme.

24 août. — La suppuration diminue peu à peu; le clapier inférieur subsiste seul; le reste de la plaie bourgeonne bien.

5 septembre. — Ablation du drain qui est remplacé par un tube de très petit diamètre; la plaie est en bonne voie de cicatrisation; le gonflement a presque complètement disparu.

2 octobre. — Suppression définitive du drain; l'état général est excellent; l'enfant a notablement engraissé; cautérisations au nitrate d'argent de quelques ulcérations qui subsistent.

6 novembre. — Il ne reste que quelques ulcérations superficielles insignifiantes; le petit malade peut être considéré comme guéri. En somme, le résultat est très satisfaisant, en ce que cette large perte de substance osseuse a été rapidement comblée; d'autre part, comme forme

et comme volume, le tibia réparé se rapproche beaucoup d'un tibia normal, l'os est solide et l'enfant peut appuyer sans douleur sur le membre opéré.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secretaire annuel,
QUÉNU.

Séance du 19 février 1896.

Présidence de M. CH. MONOD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Des lettres de MM. HARTMANN, A. GUINARD et WALTHER, demandant leur inscription comme candidats à la place de membre titulaire.

Suite de la discussion sur la grossesse extra-utérine.

M. P. SEGOND. — Avant de laisser M. Picqué nous résumer les points essentiels de la discussion qu'il a eu l'heureuse initiative de provoquer, je lui demanderai de faire à son rapport les deux rectifications que voici :

En parlant de l'observation 6 du mémoire de M. Pinard, M. Picqué paraît d'abord supposer que le décès de la malade doit être mis sur le compte d'un retard opératoire prémédité. « C'est en suivant, d'ailleurs, cette pratique, nous dit, en effet, M. Picqué, que M. Pinard a perdu sa sixième malade atteinte de grossesse extra-utérine avec fœtus vivant et chez laquelle se produisit une rupture de kyste au sixième mois ». Enfin M. Picqué, revenant plus loin sur cette même observation, déclare que « l'abandon du kyste et du placenta devait fatalement aboutir à la mort de la malade » si bien que pour M. Picqué, une ablation totale aurait pu « modifier peut-être le résultat final ».

Or, si M. Picqué veut bien se reporter au texte même de l'observation en cause, il verra d'abord que l'époque trop tardive de l'intervention est imputable non point à l'application d'une doctrine, mais à ce fait que la malade n'était pas à Paris et qu'elle n'a pas pu être transportée à temps à la clinique. En deuxième lieu, la lecture des résultats de l'autopsie lui démontrera qu'une ablation complète eût été impossible. La paroi antérieure du kyste fœtal était en effet parcourue par une anse intestinate en fronde, si fortement adhérente sur tout son trajet, que son décollement est resté impossible.

Les deux interprétations de M. Picqué n'ont donc plus raison d'être et je suis bien sûr qu'il sera très heureux de le reconnaître.

M. Picqué. — En reprenant pour la deuxième fois devant vous la parole sur la grossesse extra-utérine, je ne puis dissimuler ma vive satisfaction d'avoir provoqué au sein de la Société une discussion aussi importante et qui ne peut manquer d'avoir en dehors de cette enceinte un légitime retentissement. Je ne suis pas moins heureux de voir, au bout de cette longue et intéressante discussion, la majorité d'entre vous, adopter l'ordre suivi dans mon rapport et ratifier les conclusions que je vous ai soumises.

Je vais aujourd'hui, selon les traditions de la Société, résumer rapidement les opinions exprimées sur la question, les comparer aux miennes et essayer d'en tirer des conclusions désormais solides sur le traitement de la grossesse extra-utérine et de ses complications.

S'il vous en souvient, je ne me suis occupé dans mon rapport que du traitement ; toutefois, dès le début, j'ai tenu à définir les termes dont j'allais me servir, j'ai montré l'abus qu'on en avait fait et abordé de suite le problème thérapeutique évitant de faire intervenir la question du diagnostic, quoiqu'on ait dit le contraire. Pour faciliter l'étude de la grossesse extra-utérine et de ses complications, je vous ai proposé une division que je croyais commode. J'ai la satisfaction de constater que vous l'avez tous acceptée.

M. Segond vous a recommandé lui-même une classification qu'il considère comme la meilleure et qui ne diffère pas sensiblement de la mienne, comme le lui a dit M. Bouilly.

Je suis d'autant plus heureux de m'être rencontré sur ce terrain avec mon excellent collègue, qu'il nous a dit avec la plus grande franchise n'avoir pas lu le texte de mon rapport, ce qui ressort du reste de son argumentation très brillante d'ailleurs et dans laquelle il me prête des opinions qui ne sont pas les miennes, et que je n'ai nullement écrites. J'ai bien nettement spécifié qu'il

fallait distinguer les grossesses avant et après cinq mois et j'ai précisément insisté sur cette division à laquelle M. Segond attache avec raison une grande importance et qu'il vous propose d'adopter.

Cette distinction est d'autant plus utile à mes yeux que c'est la première variété (grossesse avant cinq mois) que nous observons le plus souvent et M. Potherat vous en a rapporté un cas. La deuxième est surtout observée par les accoucheurs par ce fait qu'il existe un fœtus viable et elle ne leur échappe que s'il survient une rupture avant que le diagnostic de la grossesse ne soit posé, mais cet accident n'amène pas davantage le cas vers le chirurgien. Les malades vont alors en médecine y mourir le plus souvent.

La grossesse, après cinq mois, va donc vers l'accoucheur ou vers le médecin selon qu'il existe ou non des complications, rarement vers le chirurgien, puisque M. Bouilly en dix ans n'en a observé que deux cas.

Et c'est cette circonstance particulière qui m'a engagé à insister sur cette division que M. Segond à son tour est venu vous proposer. Si nous sommes absolument d'accord sur ce point, il me permettra toutefois de me séparer de lui au sujet d'une division qu'il a cru devoir apporter dans sa classification. Je crois en effet, qu'il est exagéré de faire intervenir, comme il vous le propose, avec notre collègue Tuffier, les cas où il existe de la suppuration ; je pense qu'il ne faut pas ranger ces faits dans le cadre de la grossesse extra-utérine à laquelle ils ne tiennent d'ailleurs que par leur genèse et en diffèrent absolument par leurs symptômes et le traitement qui leur convient.

Sans revenir d'ailleurs sur les raisons que j'ai invoquées dans mon rapport, je pense que si ce rattachement peut se justifier au point de vue théorique il ne l'est plus dans la pratique et j'estime en résumé qu'on ne saurait sans inconvénient les distraire du chapitre de la suppuration pelvienne.

L'histoire thérapeutique de cette complication, d'ailleurs rare, doit donc rester attachée à celle de la suppuration que notre collègue étudie avec tant de succès depuis plusieurs années.

Les seules complications qui doivent, selon moi, rester au chapitre de la grossesse extra-utérine sont les hématocèles enkystées et les inondations péritonéales. Vous les avez acceptées, discutées, et je n'y insiste pas davantage. Avant de résumer les opinions que vous avez exprimées sur le traitement qui leur convient, je désire aborder la question du diagnostic qui a donné lieu à une controverse intéressante. Plusieurs de nos collègues ont jugé à propos d'élargir ce débat en y faisant intervenir cette im

portante question du diagnostic de la grossesse extra-utérine à ses différentes périodes, et de ses complications.

Devant les opinions erronées qui m'ont été prêtées sur un sujet que je n'avais pas abordé et un ordre de faits auxquels je n'avais pas même fait allusion, et devant les assertions qui ont été émises sur mon rapport et qui ont eu peut-être pour résultat d'en dénaturer le sens et la portée aux yeux de quelques-uns, je désire, moi aussi, aborder cette discussion que j'avais laissée de côté, formuler un avis sur cette question si importante, et vous dire bien nettement ce que je pense du diagnostic de la grossesse extra-utérine et de ses complications.

Tout d'abord se pose une question préjudicielle : le diagnostic est-il possible dans tous les cas qui s'offrent à l'observation ?

M. Championnière, qui a pris un des premiers la parole, a eu raison de rappeler les difficultés du diagnostic de la grossesse extra-utérine vraie, c'est-à-dire après cinq mois, et d'insister sur les erreurs nombreuses que commettent chaque jour, chirurgiens et accoucheurs.

Il n'y a pas exagération à dire avec lui que la question reste le plus souvent insoluble.

Pour la grossesse avant cinq mois, et les complications auxquelles elle peut donner lieu, quel que soit son âge, il n'en va pas de même, heureusement.

La plupart de nos collègues qui ont pris la parole, ont proclamé hautement qu'il fallait tenter ce diagnostic différentiel et pour ce faire, nous ont apporté des éléments précieux dont nous devrons tenir grand compte à l'avenir.

Pour la grossesse avant cinq mois, évoluant *sans complications*, vous avez reconnu que ce diagnostic était possible. M. Potherat nous en a d'ailleurs apporté un exemple intéressant ; plusieurs d'entre vous, parmi lesquels je citerai surtout : MM. Bouilly, Routier et Schwartz ont étudié avec soin les modifications des règles, les caractères, le siège de la tumeur, les symptômes de retentissement du côté du péritoine, tous signes qui doivent nous conduire à établir l'existence d'une grossesse extra-utérine au début ; je croirais réellement abuser de votre attention en revenant moi-même sur ce point de la question si bien mis en lumière par nos distingués collègues.

Pour la grossesse extra-utérine *avec complications*, il faut envisager séparément les deux cas qui se rencontrent dans la pratique et que j'avais soigneusement distingués dans mon rapport.

Hématocèle circonscrite. — Parmi celles-ci, l'hématocèle circonscrite, consécutive à la rupture avant cinq mois, a donné lieu à

une controverse importante, et sur laquelle je désire m'expliquer devant vous. C'est ici que je tiens à rectifier une assertion que mon excellent collègue Segond a émise sur mon rapport. M. Segond me fait dire en effet que j'ai cherché à y établir une distinction entre l'hématocèle puerpuérale et celle qui ne l'est pas, et il ajoute que si cette distinction est intéressante au point de vue théorique, elle est parfaitement inutile au point de vue pratique.

Or, cette distinction n'existe en aucun point de mon rapport ; elle n'existe pas davantage dans ma pensée, pour la raison bien simple que je n'admets d'autre hématocèle que celle qui est liée à la grossesse extra-utérine ; mon collègue verra tout à l'heure ce que je pense de cette distinction au point de vue pratique, s'il a voulu désigner sous le nom d'hématocèle puerpuérale, celle qui contient un fœtus.

Je tiens encore avant d'aller plus loin, à m'expliquer sur un point qui a été relevé par M. Segond dans mon rapport, à propos de Gallard et de sa théorie sur la pathogénie de l'hématocèle.

Je me garderais certes d'enlever à Gallard l'honneur d'avoir établi le premier la relation qui existe entre la puerpuéralité et l'hématocèle ; c'est une notion historique devenue banale aujourd'hui. Ce serait une erreur grossière et un déni de justice, que de lui contester, et M. Segond a bien fait d'élever la voix pour défendre son maître, s'il a pu supposer qu'on avait oublié ses travaux au sein de la Société de chirurgie.

En disant dans mon rapport « l'anatomie pathologique confirmant une donnée qu'on a peut-être abusivement attribuée à Gallard », j'ai simplement voulu dire que si Gallard avait établi l'existence de la grossesse extra-utérine, il n'en avait pas établi le vrai mode pathogénique, et que la notion de la grossesse tubaire admise aujourd'hui lui était inconnue. Je n'ai pas dit davantage et j'ai hâte de revenir au diagnostic de l'hématocèle circonscrite.

Dans une première communication, M. Reynier avait déclaré ce diagnostic impossible et fait de cette impossibilité, si j'ai bien saisi sa pensée, une des raisons de sa préférence pour la laparotomie.

Nous avons vu M. Routier s'étonner de cette déclaration : c'était là, vous l'avouerez, une tendance bien grave que de vouloir subordonner le diagnostic aux résultats de l'examen direct, et je me disposais, je vous l'avoue, à m'élever hautement contre une opinion dont j'avais peut-être exagéré la portée, quand notre collègue mieux éclairé sans doute par la discussion qui a suivi est remonté

à la tribune pour faire des concessions à ses collègues et atténuer quelque peu ses premières conclusions.

Mais cette fois il a placé la question sur un terrain où je ne puis me trouver d'accord avec lui et je lui demande bien pardon d'être encore en contradiction sur ce point.

Après avoir reconnu dans cette deuxième communication que le diagnostic est parfois possible, il affirme qu'il devient impossible à établir entre les hématocèles habitées et celles qui ne le sont pas (et je me sers de l'heureuse expression de notre collègue Routier) bien supérieure à mon sens à celle d'hématocèle puerpérale employée par M. Segond et qui prête à l'équivoque.

Je vous concède bien volontiers ce dernier point, mon cher collègue, mais à quoi donc peut vous servir ce diagnostic?

Pour ma part, je ne me préoccupe jamais de cette distinction — quoi qu'on en ait dit — et pour reprendre une des meilleures parties de l'argumentation de M. Segond, je dirai avec lui que je m'intéresse beaucoup moins à l'exactitude du diagnostic nosographique qu'à celle du diagnostic opératoire.

C'est par le vagin que j'interviens, quand je me trouve en présence d'une poche qui fait saillie de ce côté, et ma seule préoccupation est bien plutôt de savoir si j'ai affaire à du sang ou à du pus, que de savoir dans le premier cas, s'il existe un fœtus au milieu des caillots. Vous voyez comme je suis éloigné des opinions qui m'ont été prêtées.

On arrive le plus souvent, je m'empresse de le dire, à faire le diagnostic différentiel entre l'hématocèle et les suppurations, et c'est le seul à mon sens que l'on doive essayer, sans être sûr d'y arriver toujours.

Plusieurs de nos collègues nous en ont fourni tout au moins les éléments au cours de cette discussion. Je n'y reviendrai pas. Moi-même le lendemain de la lecture de mon rapport, j'avais la grande satisfaction d'établir ce diagnostic chez une malade du service de mon cher maître, le professeur Berger, diagnostic qui fut vérifié par l'opération.

Inondation péritonéale. — J'arrive à la deuxième complication de la grossesse extra-utérine. Cette complication survient le plus souvent dans les grossesses extra-utérines qui ont franchi le 5e mois de leur évolution; mais comme l'a très bien fait remarquer mon excellent maître M. Pozzi, elles peuvent se présenter dès le début de la grossesse, et je viens ces jours-ci de confirmer l'exactitude de cette assertion chez une malade que j'ai opérée il y a une huitaine de jours et dont je vais vous entretenir dans un instant.

Ici le diagnostic est entouré des plus grosses difficultés. Sur 3 cas, Tuffier nous dit n'avoir fait qu'une fois le diagnostic; dans mon dernier cas je ne l'ai pas fait davantage : c'est plus que jamais l'occasion de répéter avec M. Segond qu'il ne faut pas perdre son temps au diagnostic d'étiquette et qu'il faut saisir rapidement l'indication opératoire.

Mais je revendique hautement, pour ma part, cette manière d'agir que notre collègue défendait avec tant de chaleur devant vous qu'on aurait pu la croire sienne. J'ai toujours agi de la sorte et je crois que tout chirurgien doit faire de même.

Jamais la laparotomie exploratrice qu'on doit chercher à restreindre le plus possible, et dont l'abus de nos jours est si déplorable, n'est plus indiquée que dans ces cas. Attendre, dans les conditions pressantes où l'on voit les malades, serait les exposer à une catastrophe irréparable. Il faut agir et agir vite. J'ai pu de la sorte sauver 2 malades dont les observations ont été publiées dans la thèse de Regnauld en 1890, c'est-à-dire bien avant que je n'aie eu connaissance de l'opinion de mon collègue à cet égard. J'ai tenu la même conduite il y a 8 jours chez une malade dont voici en quelques mots l'observation : Il s'agissait d'une jeune femme qui fut prise en pleine santé de phénomènes aigus du côté du péritoine. J'avoue que bien qu'instruit par le souvenir de mes deux premiers cas je ne pus établir le diagnostic. Certaines circonstances sur le détail desquelles je ne veux pas insister ici, ont peut-être été la cause de mon impuissance à établir d'emblée le diagnostic. Je puis aussi dire que la gravité des accidents péritonéaux caractérisés, chez ma malade, surtout par le ballonnement, la douleur et la fièvre, m'enlevèrent tout désir d'épiloguer longuement sur le côté théorique du cas. Je la fis transporter d'urgence dans une maison de santé où moins de 2 heures après je pratiquai la laparotomie. L'hémorrhagie était formidable. Je ne trouvai pas de fœtus, la grossesse étant tout au début et la cavité tubaire grosse comme une noisette, étrange disproportion entre la gravité de l'hémorrhagie et l'étendue de la poche. J'évacuai le péritoine; la malade est aujourd'hui guérie.

En résumé, ce diagnostic est ordinairement très difficile, il se rattache aux cas dont parlait très justement M. Championnière, et qui lui faisait dire que la solution en était le plus souvent impossible en dehors de la laparotomie.

J'ai hâte, Messieurs, d'arriver au traitement que, dans mon esprit, je désirais soumettre uniquement à votre appréciation. Je suivrai naturellement la division précédente.

Grossesse extra-utérine évoluant normalement. — Quand la grossesse n'a pas dépassé cinq mois, il faut la traiter comme une

tumeur maligne; tous nos collègues sont d'accord sur ce point, sauf M. Chaput.

Après cinq mois, il a paru sage à tous de se comporter comme précédemment; M. Routier y a insisté dans sa communication. Les accoucheurs les plus éminents semblent suivre désormais les chirurgiens dans cette voie.

M. Segond, en nous transmettant la rectification du professeur Pinard, vient de nous éclairer sur un point intéressant. Si j'ai pu, en entendant mon collègue, ressentir quelque chagrin d'avoir mal interprété la pensée d'un maître aussi éminent et aussi bienveillant à mon égard, qu'est le professeur Pinard, lorsque j'ai attribué le retard qu'il a mis à opérer sa malade à une doctrine très répandue chez les accoucheurs, alors qu'elle n'était dans le cas particulier que le résultat de la volonté formellement exprimée par la malade de ne pas se laisser opérer, il me pardonnera, je l'espère, de m'en consoler facilement devant vous, puisque cette circonstance lui a permis d'affirmer nettement son opinion, si considérable en l'espèce, sur ce point très important de la thérapeutique des grossesses extra-utérines, et je me félicite de voir son opinion corroborer la mienne. Il est donc bien nettement établi désormais, aussi bien pour les accoucheurs que pour les chirurgiens, que la grossesse extra-utérine devra à toutes les périodes de son évolution, et dès que le diagnostic sera établi, être opérée, et c'est la conclusion que je vous avais présentée. J'ajoute avec vous tous qu'elle devra être opérée par la laparotomie. Je ne reviens pas sur les questions de technique opératoire qu'on retrouvera dans mon rapport.

Pour le traitement des complications, l'accord est également parfait en ce qui concerne l'inondation péritonéale ou l'hématocèle non enkystée, si l'on conserve l'ancienne dénomination.

C'est bien la laparotomie qu'il faut pratiquer pour les raisons que j'ai énoncées à propos du diagnostic, aussi bien dans les cas où le diagnostic est établi que ceux où il reste en suspens.

Tous nos collègues qui ont abordé ce point de la question, M. le professeur Terrier, M. Reynier s'y sont ralliés.

M. Ricard, dans une courte mais très précise communication, nous a rapporté une très intéressante statistique et a conclu également selon le sentiment général.

Dans ces cas, comme je l'ai dit dans mon rapport, la nécessité d'enlever le placenta est inéluctable quand il s'agit d'une grossesse après cinq mois. Dans le cas de M. Pinard, l'autopsie a révélé un détail qui m'avait échappé, à savoir une adhérence intime du placenta à l'intestin, adhérence qui aurait rendu son extirpation impossible si on avait voulu la tenter. Cette disposition rendait, par conséquent, la mort de la malade inévitable en dehors de tout mode

d'intervention. Mais la règle thérapeutique que j'ai établie n'en reste pas moins tout entière, car c'est la seule rationnelle, et je suis encore heureux d'avoir sur ce point l'avis du professeur Pinard.

Le point le plus controversé concerne la conduite à tenir en cas d'hématocèle enkystée.

Je dois tout d'abord faire remarquer que la majorité de nos collègues s'est prononcée pour l'incision vaginale.

M. Bouilly s'est présenté devant vous, comme devant le Congrès de chirurgie, en défenseur convaincu de cette thérapeutique à laquelle il m'a ramené moi-même dans des circonstances que j'ai déjà relatées; je l'ai soutenue dans mon rapport. Je ne reproduirai pas les arguments si judicieux qu'il vous a présentés avec cette clarté et cette conviction qui font le charme de ses communications.

Le nombre qui vous a été présenté de cas favorables à cette opération est considérable. Mon collègue Routier, qui pratiquait autrefois la laparotomie et qui est aujourd'hui, comme moi, « un rallié », vous a présenté 24 cas suivis de succès; M. Schwartz vous en a apporté 10 cas heureux; M. Tuffier 14 cas avec 11 succès; M. Bouilly 13 cas heureux. Au total 61 cas avec 3 décès seulement, et je n'ajoute pas les cas heureux signalés par MM. Terrier, Segond et moi-même.

M. Chaput est venu apporter à cette tribune des arguments peut-être un peu théoriques contre cette opération, à laquelle il préfère la laparotomie. M. Reynier surtout est venu par deux fois invoquer contre elle trois insuccès personnels et insister devant nous sur la crainte des hémorrhagies et des infections secondaires parfois mortelles.

Sachant que rien n'est absolu, pas plus sur le terrain de la thérapeutique qu'ailleurs, je me contenterai de lui répondre par la longue série de succès enregistrés par nos collègues, et j'opposerai à l'opération qu'il préconise, la bénignité de la colpotomie, pratiquée avec succès par nos collègues.

M. le professeur Terrier est venu apporter dans ce débat une note très importante. Tout en reconnaissant l'excellence des résultats obtenus par l'incision vaginale, il nous a déclaré se rallier à la laparotomie pour les raisons d'ordre général qui, dans sa pratique, l'ont conduit à donner aux opérations pratiquées par la voie abdominale, la préférence sur les opérations faites par le vagin. Il nous a fait encore observer que la laparotomie permettait de pratiquer l'ablation des annexes ordinairement malades dans la grossesse extra-utérine et qu'elle mettait de plus les malades dans de meilleures conditions au point de vue d'une conception ultérieure.

Placée sur ce terrain, la discussion redevient intéressante et utile, et tout en préférant, dans ces cas, avec M. Bouilly et la plupart de nos collègues, une opération que, pour ma part, je considère comme plus facile, je ne puis que m'incliner devant les raisons que M. le professeur Terrier nous a exposées et auxquelles sa haute autorité donne le plus grand poids.

Messieurs, pour résumer en deux mots cette question de thérapeutique chirurgicale, à laquelle vous avez consacré plusieurs séances, je dirai que tous vous avez accepté la laparotomie dans les cas de grossesse extra-utérine normale ou compliquée, sauf dans les cas d'hématocèle enkystée où, même MM. Terrier, Reynier et Chaput, réclament « l'égalité de traitement ».

Si j'ai tenu à résumer de la sorte votre opinion sur le traitement de la grossesse extra-utérine, c'est pour montrer une fois de plus, que l'hystérectomie n'y tient aucune place. J'ai dit, dans une autre partie de cet exposé, qu'elle ne saurait y rentrer par la porte détournée des suppurations pelviennes auxquelles elle aboutit parfois. Quant aux grossesses tubo-interstitielles, j'ai dit dans mon rapport que l'hystérectomie pouvait à la rigueur trouver une application.

Mais il s'agit plutôt là d'une question de technique opératoire applicable à une disposition toute spéciale, et qui ne peut être révélée qu'au cours de la laparotomie, qui doit être normalement pratiquée dans ces cas. Si l'hémostase paraît impossible, il faut évidemment renoncer à l'ablation directe et pratiquer l'hystérectomie.

Mais réellement cette opération ne saurait être mise, dans ces conditions spéciales, en parallèle avec les autres méthodes. La laparotomie et la colpotomie sont donc, en résumé, les seules méthodes d'application générale, et l'hystérectomie ne peut intervenir qu'à titre absolument exceptionnel.

Rapport.

Trois observations de calculs vésicaux traités par la taille hypogastrique, par le Dr Barette, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Caen.

Rapport par M. PAUL SEGOND.

M. Barette, professeur de clinique à l'école chirurgicale de médecine de Caen, nous a communiqué trois cas de taille hypogastrique pour calculs vésicaux qui méritent votre attention, non pas seule-

ment parce qu'ils viennent de Normandie, provenance moins que banale quand il est question de pierre, mais surtout parce qu'il s'agit de trois beaux succès chirurgicaux et de trois opérations fort bien conduites. Permettez-moi donc de vous donner d'abord lecture de ces trois faits. Nous verrons ensuite dans quelle mesure les réflexions qu'ils ont suggérées à M. Barette peuvent être acceptées.

Obs. I. — *Calcul vésical phosphatique chez un enfant de 4 ans et demi Taille hypogastrique. Guérison.*

Le jeune Charles X..., âgé de 4 ans et demi, est admis à l'Hôtel-Dieu de Caen le 27 septembre 1887. Depuis bientôt deux ans, cet enfant souffre de la vessie. Il n'existe dans son histoire aucun commémoratif important. Depuis environ six mois, il laisse écouler presque constamment son urine; plusieurs fois par jour et par nuit, il présente des crises douloureuses qui lui arrachent des cris et provoquent une vive agitation. Il a considérablement maigri. Les urines, que l'on recueille difficilement, sont louches, purulentes et d'odeur ammoniacale. Après avoir pratiqué plusieurs injections d'eau boriquée chaude à 3 0/0 pendant deux jours, nous pratiquons l'exploration de la vessie sous chloroforme. Une sonde à béquille métallique de petit calibre est introduite dans la vessie et tombe immédiatement sur un corps étranger très haut, volumineux, de contact sonore. L'exploration montre qu'il présente des dimensions assez étendues; elle est d'ailleurs rendue difficile par les contractions de la vessie et le peu d'étendue de la cavité qui n'a pu recevoir que 50 grammes environ d'eau boriquée. Le 23 novembre, nous pratiquons la taille sus-pubienne, après avoir injecté environ 60 grammes d'eau boriquée dans la vessie et avoir introduit dans le rectum un petit ballon de Gariel rempli de 75 à 80 grammes d'eau. Incision de 6 centimètres, division couche par couche des plans prévésicaux. Le cul-de-sac péritonéal reconnu descend à 4 centimètres du pubis. Incision vésicale de 5 centimètres et fixation des deux lèvres et de l'angle inférieur à l'aide de trois fils de soie confiés à des aides. Après abstersion de l'eau boriquée, une pince, introduite dans la vessie et guidée sur l'index, saisit le calcul et l'amène au dehors. Lavage de la vessie à l'eau boriquée chaude : fermeture partielle de la plaie vésicale et mise en place d'un tube de Périer en canon de fusil destiné à conduire l'urine au dehors. Pansement à la gaze iodoformée. Les suites opératoires furent des plus simples. Le drain supprimé au 8e jour, la plaie est totalement fermée au 20e jour. La pierre que nous avons retirée est blanc jaunâtre, ovoïde; son grand axe mesure 5cm 1/2, son petit axe 3 centimètres. Elle pèse 25 grammes.

Obs. II. — *Calcul vésical datant d'une dizaine d'années. Cystite purulente. Taille hypogastrique. Guérison. (Calcul oxalique.)*

Le nommé Félix X..., âgé de 42 ans, marin du port de Trouville, entre à l'Hôtel-Dieu de Caen le 25 mai 1891. Depuis une dizaine d'an-

nées, cet homme souffre de la vessie. Il n'a jamais eu de traitement régulier. De temps en temps, il urine du sang et, depuis un an et demi environ, les urines contiennent une assez grande quantité de pus. Le malade a maigri, a peu d'appétit. Après une préparation de quelques jours, bains, lavages boriqués de la vessie, salol et benzoate de soude à l'intérieur, nous procédons à l'exploration de la vessie.

L'explorateur à résonnateur tombe sur un corps dur très sonore, assez mobile dans la vessie. Un brise-pierre moyen peut le saisir et donne un diamètre de 3 centimètres environ. Mais le contact avec l'instrument est tellement sonore et dur que nous pensons à un calcul oxalique très dur et que nous décidons de faire la taille hypogastrique sans tentative de lithotritie.

Le mardi 30 juin, nous pratiquons la taille suspubienne, après avoir placé un ballon rectal rempli de 250 grammes d'eau et rempli la vessie de 200 grammes d'eau boriquée à 40/1000. Incision régulière au cours de laquelle nous remarquons l'épaisseur de la couche graisseuse prévésicale et le niveau très bas du cul-de-sac péritonéal qui vient jusqu'au pubis. Incision vésicale de 5 centimètres, extraction facile de la pierre qui est un calcul normal d'acide oxalique rouge brun finement mamelonné à sa surface. Cette pierre, très dure, est réniforme, elle a 3^{cm} 1/2 dans son grand diamètre, 2^{cm} 1/2 dans son petit diamètre. Son poids est de 25 grammes. La plaie vésicale est retenue à l'aide de trois points de suture et le double tube de Périer est mis en place. Les suites de cette opération furent des plus simples et le malade put sortir de l'Hôtel-Dieu un mois après, totalement guéri.

Obs. III. — *Calcul vésical phosphatique très léger et très mobile dans une vessie grande et très contractile. Tentatives infructueuses de lithotritie. Taille hypogastrique. Guérison.*

Le nommé X..., Julien, âgé de 44 ans, jardinier dans les environs de Bayeux, entre à l'Hôtel-Dieu de Caen, le 1er février 1893. Il souffre depuis environ trois ans : douleurs dans la vessie au moment de la miction, douleurs du gland, etc. Les urines sont troubles et contiennent un léger dépôt purulent. Le malade s'est sondé lui-même plusieurs fois. Il n'a jamais eu d'hématurie. Après quelques jours de repos et de préparation au moyen de lavages boriqués, nous pratiquons, le 5 février, l'exploration de la vessie et nous rencontrons assez facilement un corps étranger de contact assez résistant. Après avoir perçu le contact deux fois, nous ne pouvons le retrouver de nouveau ; l'exploration est douloureuse. Le 8 février, nous pratiquons une séance de lithotritie. L'instrument, de moyen calibre, est facilement introduit après injection de 200 grammes d'eau boriquée tiède dans la vessie. Nous percevons une seule fois le contact avec le lithotriteur fermé, puis nous ne pouvons rien saisir après l'avoir ouvert à différents degrés d'écartement. Dans une nouvelle tentative, le 12 février, les mêmes phénomènes se reproduisent.

Le 15, le malade est d'abord soumis à l'anesthésie chloroformique.

Le brise-pierre arrive à faire une prise, mais il dérape quand je commence à serrer l'écrou et, de nouveau, je ne puis parvenir à ressaisir le calcul. Devant l'insuccès répété de mes tentatives de lithotritie, je me décide à pratiquer la taille hypogastrique. Celle-ci est pratiquée le 20 février. Les divers temps de l'opération n'offrent rien de particulier. Une fois ouverte, la vessie nous apparaît de grandes dimensions, le cul-de-sac prostatique est très accusé et nous retirons facilement un calcul à surface grenue, blanc jaunâtre très léger, mesurant 5 centimètres dans son plus grand diamètre, 4 centimètres dans son plus petit et pesant 25 grammes. Après lavage à l'eau boriquée, les tubes de Périer sont fixés, la vessie est suturée au-dessus et au-dessous. La plaie de la paroi est suturée à deux plans : six points de catgut sur les muscles et les aponévroses, huit points de crin de Florence sur la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. La guérison a marché correctement et le malade sortait guéri le 12 juillet.

Tels sont les trois faits communiqués par M. Barette. Evidemment ils ne comportent pas de longs commentaires. M. Barette a fort bien conduit ses trois interventions, il a guéri ses trois malades, nous ne pouvons que le féliciter. Je crois cependant que la conduite suivie par notre confrère soulève deux objections : la première concerne ce fait que M. Barette a taillé ces trois malades, alors qu'il aurait dû, selon moi, en lithotritier au moins deux ; la deuxième porte sur le manuel opératoire qu'il a adopté dans l'exécution de la taille.

Je n'ai certes pas la prétention de rappeler ici les considérations multiples qui doivent nous guider dans la détermination des indications comparatives de la taille sus-pubienne et de la lithotritie. D'autant que dans cette question délicate, il est un facteur spécial qui doit faire varier du tout ou tout nos conclusions, et ce facteur spécial tient au chirurgien lui-même. Celui-ci sait ou ne sait pas bien faire la lithotritie, toute la question est là. La taille est une opération bénigne et sûre que le chirurgien le moins expérimenté peut toujours mener à bien. La lithotritie, au contraire, exige un apprentissage spécial, à défaut duquel elle expose aux mécomptes les plus périlleux. Toutes choses égales d'ailleurs, la comparaison des deux méthodes conduit donc à cette conclusion que la fréquence des indications de la taille doit être d'autant plus grande que le chirurgien est d'autant moins versé dans la pratique de la lithotritie.

Mais, par contre, si nous supposons que le chirurgien en cause sait manier un lithotriteur, il n'y a plus à discuter sur l'incomparable supériorité de la lithotritie et les contre-indications que peuvent lui créer le volume ou la dureté des pierres, les rétrécissements uréthraux ou l'état d'infection de l'appareil urinaire se

réduisent à des cas nets et fort peu nombreux. J'en veux pour unique preuve les résultats de mon maître, M. Guyon. Or, cette réflexion préjudicielle étant posée, et ne doutant pas d'autre part, que M. Barette ne connaisse fort bien les ressources de la lithotritie, je m'étonne que notre confrère n'ait pas choisi la lithotritie, au moins pour ses deux premiers opérés. Pour ma part, je n'aurais pas hésité.

Sans doute, chez l'enfant, la lithotritie est très délicate. Les parois vésicales sont peu résistantes, et cependant il faut manœuvrer avec une force suffisante pour broyer le calcul. Mais ces obstacles sont loin d'être invincibles. J'en ai fait moi-même plusieurs fois l'expérience, et je pense que M. Barette, dans ce premier cas, aurait dû, tout au moins, tenter la lithotritie. Même réflexion pour le deuxième opéré. M. Barette a choisi la taille, parce que l'exploration pratiquée, avec l'explorateur à résonateur, a donné un contact tellement sonore, qu'il a pensé à un calcul oxalique extrêmement dur. Aussi, la taille fut-elle décidée, sans tentative de broiement. N'eût-il pas mieux valu faire tout d'abord cette tentative ? J'en reste convaincu, car le lithotriteur peut seul donner des renseignements fidèles sur la dureté d'un calcul. Et, bien souvent, une pierre qui jette un son clair au contact de l'explorateur éclate sans grand effort, entre les mors du brise-pierre. Je crois donc qu'en présence de cas analogues à celui de M. Barette, il faut toujours tenter la lithotritie, quitte à pratiquer la taille séance tenante, au cas où les tentatives de broiement resteraient infructueuses. Reste la troisième observation dans laquelle notre confrère n'a fait la taille qu'après deux tentatives inutiles de lithotritie. Ici rien de plus légitime et la conduite du chirurgien se justifie pleinement. Je serais toutefois porté à croire que, dans ce cas, M. Barette a trop distendu la vessie, en y introduisant 200 grammes de liquide. Avec 60 ou 80 grammes, les recherches eussent été sans doute plus faciles et le champ opératoire étant ainsi limité au bas-fond, le broiement se fût peut-être effectué sans incidents.

J'en arrive à ma dernière objection. Du moment que M. Barette choisissait la taille, a-t-il eu raison de drainer la vessie, au lieu de pratiquer la suture totale ? Si cette suture totale de la vessie doit être tentée, c'est bien je pense après une taille, pour calcul. Il n'y a de réserve à faire qu'en présence des calculeux atteints de cystite, chez lesquels la mise au repos du réservoir urinaire par le drainage, n'est pas un mince facteur de guérison complète. Les trois malades de M. Barette se trouvant atteints de cystite à des degrès divers, on ne saurait donc lui faire un reproche d'avoir préféré la méthode plus lente de la fistulation à la guérison plus rapide par suture immédiate. D'ailleurs, sauf le troisième malade, dont la

cicatrisation n'a été complète qu'au bout de cinq mois, les deux autres ont guéri en vingt et trente jours, et l'on ne peut guère accuser le drain d'avoir longtemps retardé leur rétablissement complet. Mais tout en faisant, bien volontiers, à M. Barette ces concessions, je n'en conserve pas moins le sentiment que la suture directe aurait pu être appliquée avec avantage dans les trois cas.

Mes quelques restrictions sont, vous le voyez, sans grande importance. Elles portent sur des tendances plutôt que sur des faits, et par conséquent, la communication de M. Barette n'en conserve pas moins sa valeur, autant que son intérêt. Je vous propose donc, Messieurs, d'adresser nos remerciements à l'auteur, de déposer son travail dans nos Archives et de l'inscrire en bon rang sur la liste de nos correspondants nationaux.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Discussion.

M. Championnière. — La sévérité exprimée par M. Segond, à l'égard des tailles de M. Barette, m'engage à prendre la parole : J'ai fait, à une certaine époque, beaucoup de lithotrities, puis j'ai eu moins l'occasion d'en faire. La lithotritie est une question individuelle, pour la bien faire, il faut la faire très souvent ; elle est particulièrement difficile chez l'enfant.

Je comprends donc qu'on ait préféré la taille. Un chirurgien, en présence d'une fausse route, d'un urèthre en mauvais état, a raison de préférer la taille s'il n'a une grande habitude de la lithotritie ; quant à la suture immédiate, j'en suis partisan dans les cas où l'indique M. Segond.

M. Félizet. — Je ne veux parler que du petit malade de 4 ans 1/2 de M. Barette. Chez les enfants, la taille sus-pubienne débarrasse la vessie en une seule séance, la suture de la vessie non infectée est facile, l'introduction du doigt dans le rectum rapproche la vessie du pubis et rend son ouverture plus aisée encore ; en regard de ces facilités de la taille chez l'enfant, la lithotritie est rendue difficile par l'étroitesse de l'urèthre et du méat.

M. P. Segond. — Peut-être me suis-je mal expliqué en disant comment le choix de la lithotritie ou de la taille doit être, avant tout, subordonné à l'expérience manuelle du chirurgien. Et je suis, du reste, très heureux de mon manque de précision, puisque nous lui devons la très intéressante riposte de M. Championnière. Mais en lisant le texte même de mon rapport, notre collègue verra qu'une fois de plus, je partage absolument sa manière de voir. Le chirurgien sait ou ne sait pas manier le lithotriteur.

Toute la question est là. Si donc j'estime que la lithotritie est sans conteste la méthode de choix, je m'empresse de répéter que pour tout chirurgien, peu versé dans la pratique de cette opération spéciale, il n'y a qu'une intervention possible et raisonnable : c'est la taille. Quant aux réflexions de M. Félizet, sur les avantages particuliers de la taille, chez les jeunes enfants, elles sont trop judicieuses pour que je n'y souscrive pas. Je maintiens simplement qu'avec un opérateur exercé, et dans certains cas, la lithotritie peut donner, chez les enfants, d'excellents résultats.

Communications.

Technique opératoire de la désarticulation de la hanche, pour les sarcomes du triceps ou du fémur.

Par M. QUÉNU.

La gravité de la désarticulation de la hanche a été grandement atténuée par l'introduction des méthodes antiseptiques ; elle n'a pas été complètement supprimée, c'est qu'en effet il reste une complication difficile à conjurer, malgré les perfectionnements des procédés opératoires, cette complication, c'est l'hémorrhagie immédiate.

On a beau lier les troncs de l'artère et de la veine fémorales primitives, l'artère et la veine fémorales superficielles restent pleines de sang, comme s'en est assuré Farabeuf, en expérimentant sur le cadavre, et, ainsi qu'il le déclare, les artères qui viennent de l'hypogastrique dans la cuisse suffisent à remplir en peu de temps tout le système vasculaire du membre inférieur. Aussi, Farabeuf conseille-t-il d'appliquer la bande d'Esmarch en permanence et de la remonter le plus près possible du champ opératoire ; il ajoute à ce moyen la compression de l'aorte, mais c'est surtout à Verneuil que nous devons d'avoir cherché à résoudre le problème et de l'avoir résolu en partie.

Le grand précepte posé par Verneuil, c'est d'extirper le membre inférieur comme s'il était une tumeur, c'est-à-dire de faire l'hémostase au fur et à mesure de la section des parties molles, en prenant tout son temps et sans se préoccuper d'une rapidité alors fort prisée, à tailler son lambeau et à mettre le membre par terre. Voici du reste exactement les règles qu'il nous a données dans sa communication faite à l'Académie de médecine, en 1877.

Lier le tronc de la crurale le plus haut possible, puis, le lambeau cutané antérieur tracé, sectionner les muscles couche par couche,

en allant à la rencontre de l'articulation et en liant les artères au fur et à mesure qu'elles se présentent. Verneuil préconise encore la ligature préventive de l'artère obturatrice après section des adducteurs superficiels, c'est-à-dire du pectiné et du moyen adducteur.

Dès 1858, c'est-à-dire six ans avant Verneuil, Marcellin Duval avait exécuté la ligature préalable, non seulement de la fémorale superficielle, mais encore de la fémorale profonde : après la dissection de la peau de la partie inférieure du lambeau antérieur, M. Duval recommandait de faire successivement :

La *section* du couturier, du droit antérieur, du tenseur du fascia lata ;

La *ligature* de l'artère fémorale superficielle;

La *section* du premier adducteur;

La *ligature* de la fémorale profonde ;

La *section* du psoas iliaque et l'ouverture de la partie antérieure de l'articulation.

Rappelons enfin qu'avant Verneuil et M. Duval, la ligature de la fémorale, au début de l'opération, avait été conseillée par A. Cooper et par Larrey.

J'ai tenté de réaliser une hémostase plus méthodique que mes devanciers, en bouchant d'avance les trous par lesquels la série des arcades postérieures donne du sang au moment de la taille des lambeaux. La technique opératoire que je propose et que j'ai exécutée avec succès chez un malade de 18 ans, s'applique particulièrement aux sarcomes du fémur ou des muscles qui l'engainent. Je rapproche à dessein ces deux localisations du sarcome parce que, périostique ou développé dans le vaste externe ou interne, le néoplasme finit toujours, en fin de compte, par constituer une masse énorme qui s'applique étroitement aux vaisseaux et parfois les englobe.

Tous les chirurgiens qui ont eu à opérer de ces tumeurs, connaissent le développement que peuvent prendre en particulier, les veines qui les relient à la fémorale.

Le jeune malade que j'avais à opérer était porteur d'un sarcome du vaste externe refoulant les vaisseaux fémoraux et paraissant d'une vascularisation extrême[1]. La masse des adducteurs semblait seule indemne, c'était évidemment là qu'il fallait prendre de l'étoffe, mais je ne pouvais me conformer aux préceptes donnés d'une façon si précise par Farabeuf, dans le tracé de sa raquette antérieure; l'altération néoplasique remontait presque à deux ou trois travers de doigt du sommet du grand trochanter.

[1] Mon interne Pasteau a présenté la pièce à la Société anatomique fin de 1895.

Je fus obligé de me contenter d'un véritable lambeau interne. Là n'était pas la difficulté.

Si je me reporte aux règles données par Farabeuf, je vois qu'après le premier temps qui consiste à lier les troncs cruraux le plus haut possible, le lambeau interne étant entaillé, les muscles grand fessier droit antérieur et psoas étant sectionnés, *les vaisseaux fémoraux*, je m'arrête sur ce point, *sont attirés en dedans*, la capsule est ouverte, la désarticulation opérée, puis commence la section de l'énorme masse charnue où rampent la terminaison de l'ischiatique et des perforantes.

La modification que j'ai introduite au plan opératoire, après avoir expérimenté sur le cadavre, porte essentiellement sur ce point, *de laisser l'artère fémorale adhérente à la tumeur*, de passer en dedans d'elle et de faire, avant de couper aucun muscle, la ligature systématique, en avant des adducteurs, de toutes les branches qui se détachent de la crurale ou de la fémorale profonde, pour se relier, derrière les adducteurs, en une immense arcade réunissant l'iliaque interne à la poplitée. Rien n'est plus facile et n'offre plus de sécurité.

Dès que les troncs de l'artère et de la veine fémorale ont été liés et sectionnés entre deux ligatures, nous traçons un lambeau interne dont la longueur soit largement égale au diamètre de la racine du membre : la peau seule est incisée et légèrement disséquée. La gaine des vaisseaux fémoraux ayant été ouverte d'un bout à l'autre le long du couturier, l'index va décoller jusqu'au fond la gouttière ou gît la gaine vasculaire, en glissant le long de son bord interne.

On lie successivement les artères honteuses externes, la veine saphène interne, près de son embouchure, puis au niveau du bord externe du pectiné, on dégage et on coupe entre deux fils, le tronc de la circonflexe interne.

On échancre alors légèrement le bord supérieur ou externe du premier adducteur qu'on récline en dedans ; l'artère fémorale étant de son côté fortement attirée en dehors, on met de la sorte à découvert le tronc de la fémorale profonde et les branches musculaires qui en viennent. Le tracé de l'incision cutanée ayant été achevé (partie de la face interne de la cuisse l'incision reste transversale jusqu'au milieu de la face postérieure de la cuisse, puis elle va assez directement regagner le sommet du grand trochanter et rejoindre la première incision à 5 ou 6 centimètres au-dessous de l'arcade), le tronc de la saphène interne lié et coupé, on achève la section du moyen adducteur, à une certaine distance de la ligne âpre, et on lie de nouveau le tronc de la fémorale profonde. Les troncs vasculaires sont alors, avec la plus

grande facilité, écartés en dehors, montrant jusqu'à leurs insertions toute la surface des petit et grand adducteurs.

On coupe successivement le droit interne, le pectiné et le petit adducteur, près du fémur, mais loin de l'os, du grand adducteur, dont la tranche doit être oblique pour une bonne conformation du lambeau.

On découvre alors le sciatique et les muscles longs postérieurs, section du sciatique et de l'artère qui l'accompagne.

On retourne à la partie antérieure où, après ligature d'une petite musculaire, on coupe rapidement le couturier, le droit antérieur et le tendon du fessier.

D'un coup de rugine on dénude à peu près le fémur et on scie au-dessous des trochanters afin de se débarrasser rapidement du membre qui ne tient plus alors que par une toute petite masse musculaire, formée par le 1/2 tendineux, le 1/2 membraneux et le biceps, il est facile de compléter l'hémostase si quelque petite branche a échappé à la ligature. On aura à ce moment particulièrement à lier la branche ascendante de la première perforante. Ceci fait, on saisit le tronçon du fémur avec un davier Farabeuf et on désinsère rapidement les muscles trochantériens psoas d'une part, petit et moyen fessier, pyramidal obturateur et carré crural, d'autre part. La capsule est fendue. Au lieu de désarticuler, j'ai préféré, pour éviter une arrière-cavité anfractueuse, sectionner la tête à sa base, au ras du bourrelet cotyloïdien, certain que la calotte osseuse ainsi laissée trouverait dans le ligament rond une nourriture suffisante. Cette section s'obtient facilement au moyen de trois ou quatre coups de large ciseau de Mac Ewen.

L'ensemble de la surface cruentée prend la forme d'un ovale dont la grosse extrémité est représentée par le lambeau interne ; sa surface est plane, régulière, dépourvue de creux, la cicatrice est reportée très loin de l'ischion où doit être le point d'appui. Notre lambeau interne a pour artère nourricière l'obturatrice qui vient s'anastomoser avec la circonflexe interne et, par suite, déverser le sang artériel dans les branches adductrices de celle-ci.

Il serait donc mauvais de lier cette artère obturatrice derrière le pectiné, d'autant qu'au niveau de la section des adducteurs elle est déjà réduite à des rameaux insignifiants.

En résumé, la petite originalité du procédé opératoire que j'apporte ici, consiste à aller tout droit au fond du sillon formé par le fémur entouré de sa gaine musculaire d'une part, les adducteurs d'autre part, d'y lier toutes les artères et veines qui se détachent des troncs fémoraux en dedans de ceux-ci, de rejeter en dehors, en les laissant appliquées contre la tumeur le tronc des fémorales qui seront enlevées avec elle. On s'éloigne ainsi le plus

possible du néoplasme, on économise le sang et on risque moins de laisser dans le lambeau un tronc veineux envahi déjà par un bourgeon sarcomateux.

Mon malade est opéré depuis plusieurs mois, je compte le présenter prochainement à la Société de chirurgie.

Discussion.

M. Tuffier. — Le procédé opératoire très intéressant que vient de nous communiquer M. Quénu, m'engage à vous présenter la relation d'un fait dans lequel j'ai tenu une conduite analogue à la sienne et avec le même succès. Le procédé que j'ai employé diffère du procédé classique : 1° par la taille d'un long et large lambeau interne « de nécessité », rappelant celui de Delpech ; 2° par l'hémostase préventive faite par compression de l'artère hypogastrique; 3° par l'amputation intra-trochantérienne précédant la désarticulation finale.

Sarcome du triceps opéré et récidivé quatre fois. Echec du sérum antisarcomateux. Envahissement péritrochantérien. Désarticulation de la hanche à lambeau interne. Ligature préventive des vaisseaux fémoraux. Compression de l'hypogastrique pour prévenir l'hémorrhagie des branches postérieures. Section intratrochantérienne du fémur. Désarticulation de la tête fémorale. Réunion per primam.

Del..., 40 ans, entré dans mon service de la maison Dubois le 25 novembre 1895. Il est atteint d'une tumeur de la cuisse gauche ayant débuté en 1891 et ayant déjà subi successivement quatre opérations. Les deux premières, à cinq mois d'intervalle, ont été faites par mon prédécesseur Prengrueber. La lésion occupait alors la partie moyenne et externe de la cuisse. Le diagnostic porté fut sarcome du triceps et on fit une simple extirpation large de la tumeur. En avril 1895, je l'opère pour une récidive siégeant à la partie supérieure de la cicatrice et je fais en pleins muscles une très large ablation qui guérit sans incident. Il subit alors une série d'injections de sérum de Richet et sort du service à la fin de mai. Il revient au mois de septembre dans l'état suivant : Sur la partie antéro-externe de la cuisse gauche, à 10 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, on trouve une tumeur mollasse, du volume d'une très grosse orange, puis au-dessous à deux travers de doigt, une autre tumeur du volume d'une noix. Le tout a l'aspect violacé, la peau qui les recouvre présente les cicatrices des opérations précédentes ; elle est tendue, mais non adhérente à la tumeur sous-jacente.

La grosse tumeur est encore mobile sur le plan profond, mais cette mobilité s'obtient difficilement. L'état du malade est d'ailleurs satisfaisant. M. Desmoulins, qui remplace M. Tuffier, en ce moment dans le

service, hésite entre une amputation de la cuisse ou désarticulation de la hanche et l'ablation encore pure et simple de la tumeur.

M. Tuffier se détermine encore pour cette fois, sur la prière du malade, à faire l'ablation simple de la tumeur.

Exérèse aussi complète et aussi profonde que possible. Il n'y a plus de muscle, on va directement sur le fémur.

Réunion par première intention en laissant une mèche sous la peau pendant quelques jours. La suture de la peau s'obtient très difficilement — à un endroit, la peau forme comme un bracelet autour du fémur — on craint qu'il y ait compression des vaisseaux et on examinera attentivement le pied pendant les jours suivants. Pansement iodoformé et ouaté.

Les suites de l'opération sont très bonnes. Pas de fièvre, pas de douleur, pas de vomissements.

Le pied présente une température normale et au 18e jour le malade sort bien guéri.

Le 25 novembre, il entre de nouveau dans le service. La lésion occupe alors le tiers supérieur de la cuisse et la région trochantérienne ; elle est constituée par trois tumeurs de volume inégal. La supérieure a la grosseur d'une orange, les deux autres plus petites, mais plus diffuses, s'étendent au niveau de la partie supérieure des dernières cicatrices. Elles ont envahi la peau, elles ne semblent pas adhérentes au fémur, mais fixées profondément sur le périoste. La peau des parties voisines est tendue par les cicatrices des opérations précédentes et il est impossible de penser à réunir de nouveau une plaie quelconque à leur niveau. De plus, l'exérèse en profondeur n'est possible qu'à la condition d'enlever un certain nombre de muscles dont la présence est indispensable aux mouvements du fémur.

Dans ces conditions, la désarticulation de la hanche s'imposait. Je la pratiquai le 3 décembre par le procédé suivant : Taille cutanée d'un *lambeau interne* en U, très large, descendant à mi-cuisse, partant de l'origine de la fémorale et remontant en arrière en un point plus externe sur le pli fessier. Le lambeau externe n'existe pas, l'incision passe transversalement au-dessus du grand trochanter, limite des lésions. Ligature de la veine et de l'artère fémorales primitives. Section du couturier et du tenseur du fascia lata. Mon interne, M. Desfosses, *comprime* alors la terminaison de l'aorte, la manœuvre est ici singulièrement facile, grâce à la maigreur du sujet et à la conformation même de son abdomen qui rend le vaisseau relativement facile à atteindre. Section des muscles externes, dénudation du col sans aucune hémorrhagie. *Je coupe le col* immédiatement en dedans du grand trochanter. *Section de dedans en dehors* des muscles du lambeau interne. La compression est si parfaite que sans faire d'hémostase, je m'assure de la suffisance de ce lambeau interne. Il me paraît s'affronter incomplètement, je désarticule la tête fémorale et mon lambeau est alors très suffisant. Ligature des vaisseaux, suture des muscles du lambeau interne aux aponévroses et muscles restant dans la fosse iliaque externe (le tout

au catgut). Suture cutanée au crin de Florence. Pansement iodoformé et ouaté.

La pièce recueillie par mon ami Delbet est un sarcome à cellules rondes, et les cultures faites avec le néoplasme ont permis d'en étudier la bactériologie.

Les suites opératoires sont très simples. Injections de caféine, de sérum et d'éther, le premier jour. Le lendemain, la température oscille entre 36°,4 à 37°,6 avec 100 et 114 pulsations. Aucun suintement au niveau de la plaie. L'état général est excellent. Le 11, les fils sont enlevés, la réunion est complète, sauf au niveau du dernier fil externe qui s'est désuni. Le 20 décembre le malade se lève et le 24 il quitte la maison de santé.

Mon externe, M. Percheron, a revu ce malade le 11 février. Son moignon est parfait et sans trace de récidive. L'état général du malade est très satisfaisant.

M. Lejars fait une communication intitulée : *Un cas de cholédocotomie par calcul biliaire* (M. Michaux, rapporteur).

Présentation de malades.

1° *Fistule mastoïdienne guérie par la trépanation de l'apophyse et de la caisse.*

M. Broca. — Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter, montre le résultat qu'avec de la patience on peut obtenir dans les lésions mastoïdiennes anciennes et graves.

C'est un enfant de 13 ans, chez lequel, à la suite d'un coup, prétendent les parents, se déclara une otorrhée à l'âge de 4 ans, et, depuis cette époque, l'oreille n'a jamais cessé de suppurer. Il y a sept ans, se forma pour la première fois, accompagné de douleurs très violentes, un abcès rétro-auriculaire qu'un médecin traita par l'incision simple. Au bout de quelques jours, l'incision était cicatrisée, mais l'otorrhée persistait abondante. La région apophysaire resta silencieuse jusqu'en décembre 1894 : à ce moment s'y collecta un nouvel abcès, encore traité par l'incision simple. La cicatrisation fut rapide, mais cette fois elle ne dura que quelques jours et bientôt une fistule se constitua. Jusqu'au mois de juin 1895, les choses en restèrent là ; puis la suppuration devint plus abondante, accompagnée de douleurs violentes. L'enfant se mit à dépérir et fut envoyé à notre collègue le Dr Ricard, qui me l'adressa à l'hôpital Trousseau.

Le 16 juillet 1895, je vis derrière le pavillon deux trajets fistuleux ; par eux et par le conduit auditif externe s'écoulait du pus en abondance ; les souffrances étaient vives, la pression sur la région mastoï-

dienne était très douloureuse, l'enfant était pâle et amaigri, si bien qu'on soupçonnait la possibilité d'une lésion tuberculeuse.

Dès le lendemain, j'entrepris donc une intervention radicale et j'ouvris largement l'antre mastoïdien, le canal de l'antre et la caisse. Je ne veux pas insister ici sur le manuel opératoire, que j'ai décrit longuement ailleurs [1]. Je dirai seulement que sous les fistules cutanées existait une perforation de la corticale, située directement au niveau de l'antre mastoïdien, que les cellules apophysaires étaient très spacieuses, que le canal de l'antre était très élargi, qu'il n'y avait pas trace d'osselets dans la caisse. Toutes ces cavités étaient uniformément remplies de masses cholestéatomateuses fétides. Après évidement à la curette des parties atteintes d'ostéite raréfiante, la cavité osseuse, dont l'entrée fut rendue largement béante par la fente du conduit membraneux, fut tamponnée à la gaze iodoformée et le pansement fut, comme de coutume, renouvelé deux fois par semaine. A partir du mois de novembre, la cavité ne suppura presque plus; elle fut à plusieurs reprises cautérisée à la teinture d'iode et les bourgeons charnus s'épidermisèrent.

Aujourd'hui, l'enfant doit être considéré comme guéri. Le conduit membraneux, qui se termine en cul-de-sac, s'ouvre derrière l'oreille par un orifice épidermisé. Au-dessus et un peu en arrière de cet orifice, on en voit un autre qui donne accès dans une cavité cylindroïde, oblique en dedans et en avant, longue de 3 centimètres sur 11 millimètres de diamètre, épidermisée sur toute sa surface, aboutissant tout au fond à un pertuis où l'on voit la muqueuse rouge de la trompe d'Eustache.

Cette cavité ne suppure pas, l'indolence est parfaite, l'état général est excellent, l'enfant a notablement engraissé; si j'en juge d'après plusieurs malades, chez lesquels j'ai pu suivre le résultat à longue échéance, on doit considérer la guérison comme définitivement obtenue.

J'y ai mis près de sept mois, et c'est long; mais la lésion durait depuis neuf ans, et on sait qu'abandonnée à elle-même, elle était, à échéance variable, d'un pronostic fatal.

Je ferai remarquer que chez mon opéré le nerf facial est intact. Il l'a toujours été, et, sauf quand on opère dans des apophyses presque entièrement détruites par la carie, c'est la règle absolue pour l'intervention conduite de proche en proche, en suivant pas à pas, sur le protecteur de Stacke, les cavités naturelles de l'oreille moyenne. Au contraire, le sacrifice du facial est obligatoire dans le procédé de résection large du rocher imaginé par notre collègue Chaput, et les dimensions de la cavité, que vous voyez aujourd'hui épidermisée, vous prouvent que, par le procédé que je préconise, l'évidement du rocher peut être étendu et radical.

[1] A Broca et F. Lubet-Barbon, *Les mastoïdites et leur traitement*, 1 vol. in-8°; Paris, 1895.

Discussion.

M. Monod. — Un de nos collègues a fait une opération analogue, suivie d'une paralysie faciale qui, quatre mois après, a disparu.

M. Broca. — La compression par le pansement peut déterminer une paralysie faciale transitoire; quant à la section du nerf, elle n'est pas une complication fréquente quand on opère régulièrement ; je ne l'ai faite que trois fois, dans des apophyses profondément désorganisées.

2° *Traitement opératoire de l'éventration.*

M. Quénu. — Je présente une malade opérée par un procédé spécial pour une éventration complète. Je dois faire remarquer, tout d'abord, qu'on a singulièrement abusé du mot éventration : pour moi, la véritable éventration est celle qui suit l'accouchement et ne s'accompagne d'aucune solution de continuité de la ligne blanche. L'espace fibreux qui sépare les bords internes des muscles droits de l'abdomen est simplement distendu, élargi. Dans la pseudo-éventration, au contraire, une fissure se produit dans l'aponévrose, le péritoine s'y engage, on a une véritable hernie à ouverture plus ou moins large, à sac plus ou moins formé. Mais c'est une hernie.

On s'est peu occupé, en chirurgie, des véritables éventrations, je crois cependant qu'il y a véritablement quelque chose d'utile à faire dans cette voie ; cette distension n'est pas seulement une infirmité, elle est susceptible d'entraîner à sa suite toute une série de lésions et de désordres tels que l'entéroptose, le rein mobile, des troubles digestifs, de la constipation opiniâtre et de véritables crises de tympanite, comme cela se produisait précisément chez ma malade.

L'opération que j'ai instituée chez elle se rapproche, à certains égards, de celle que j'ai conseillée dans les hernies ombilicales. Mais il y a une première et grande différence, c'est que je crois inutile d'ouvrir le péritoine. Cette particularité n'est peut-être pas sans intérêt, étant donné que l'écartement des droits s'étend de l'appendice xiphoïde au pubis et que l'incision n'a pas la limitation qu'elle présente dans les hernies ombilicales. La peau incisée et disséquée littéralement, il faut se porter vers la gaine des droits et l'ouvrir de haut en bas, le long de son bord interne. Ceci fait, je commence de bas en haut un premier plan de suture de la façon suivante : je prends avec l'aiguille la lèvre interne de la gaine du droit, puis je faufile le fascia transversalis fibreux qui double le

péritoine dans le quart inférieur de la paroi abdominale et je traverse la lèvre interne de la gaine du droit du côté opposé. Je rapproche de la sorte les bords internes des gaines aponévrotiques des droits abdominaux. Ce rapprochement me permet la coaptation des muscles droits et leur suture sans trop de tiraillement. Un troisième plan de suture réunit enfin les bords externes de la gaine des droits.

Aucun incident à noter dans les suites opératoires. Lorsque la malade couchée essaie de se relever et qu'on lui fait une résistance, la partie médiane du ventre, au lieu de se projeter en saillie, comme antérieurement à l'opération, se rétracte. L'opération date de cinq semaines. J'ai l'intention de suivre la malade et d'observer le résultat définitif.

Présentation de pièces.

2° Laparotomie pour invagination intestinale.

M. Broca relate deux cas d'invagination intestinale qu'il a observés chez des enfants de 5 et 6 mois. Dans l'un, dont il présente la pièce, l'intervention ne fut pratiquée qu'au sixième jour. On trouva une section complète, au collet, du cylindre invaginé. Ce cylindre formé par la fin de l'iléon, arrivait jusqu'à la partie supérieure du rectum et était entièrement gangrené. Le cylindre invaginant, formé par le côlon, était sphacelé en partie et se rompit[1]. Cet échec est dû incontestablement à ce que l'opération a été trop tardive : quant l'enfant a été opéré, il avait 40°,5, ce qui indiquait la péritonite par perforation. En opérant de bonne heure, on peut avoir des succès remarquables : M. Broca a guéri récemment une enfant de 6 mois, opérée au troisième jour. On lui trouva deux invaginations : une descendante, iléocolique, et une ascendante de l'S iliaque, se rencontrant par leur sommet vers l'angle gauche du côlon. La désinvagination fut faite en exprimant en sens inverse les boudins invaginés et non en tirant sur eux au collet. Chez ces deux enfants, on sentait un boudin vers l'hypochondre gauche. Il est à remarquer que sur 103 cas d'invagination chez l'enfant, réunis tout récemment par F.-H. Wiggin, il n'y a presque que des observations anglaises, quelques rares américaines et allemandes, et pas une seule française.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
Quénu.

[1] La description anatomique de la pièce est donnée par M. Baudet, dans le *Bulletin de la Société anatomique.*

Séance du 26 février 1896.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un *Traité de chirurgie cérébrale*, de A. Broca et Maubrac, offert par les auteurs ;

3° Le Compte rendu du service chirurgical de M. Romniceano (de Bucarest), année 1893-1894 ;

4° Une lettre de M. le professeur Ratimoff (de Saint-Pétersbourg), remerciant la Société de sa nomination au titre de membre correspondant étranger ;

5° Une lettre de M. Lejars, priant le bureau de l'insérer sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société ;

6° Un travail de M. Racoviceano Pitesti (de Bucarest).

Rapport.

Hallux valgus bilatéral traite par la resection semi-articulaire et la vaginoplastie artificielle, par M. Delbet.

Rapport par M. E. KIRMISSON.

La déviation en dehors du gros orteil à laquelle on donne le nom d'hallux valgus, constitue une de ces difformités en apparence peu importantes, mais qui peuvent devenir pour les malades et pour le chirurgien lui-même, la source de réelles difficultés. Celui-ci en effet se trouve placé entre l'emploi de moyens orthopédiques, d'une efficacité souvent douteuse et des opérations sanglantes que les malades, en général, se montrent très peu disposés à accepter.

Toutefois, lorsque des complications inflammatoires rendent la marche impossible, déterminent de vives douleurs et même deviennent la source de réels dangers, une intervention opératoire s'impose. C'est dans ces conditions que s'est trouvé placé M. Delbet et qu'il a dû pratiquer l'opération dont je viens vous rendre compte.

Il s'agit, dans ce cas, d'une femme de 33 ans, qui, depuis son enfance, et probablement même depuis sa naissance, présentait un double hallux valgus, ayant toujours rendu chez elle la marche fort difficile. Lorsqu'elle entra à l'hôpital Laënnec, le 25 juillet 1895, son état s'était beaucoup aggravé depuis quelque temps, du fait de l'inflammation de la bourse séreuse développée au devant de la tête du premier métatarsien du côté gauche; cette bourse séreuse suppurée avait même donné naissance à la formation d'un trajet fistuleux. La déformation était également plus marquée à gauche où le gros orteil dévié en dehors, passait au-dessous du deuxième orteil et arrivait jusqu'au troisième.

Le tendon de l'extenseur propre du gros orteil, fortement rétracté, faisait une forte saillie longeant la face interne du second orteil et se continuant sur le premier espace interosseux.

A droite, les lésions étaient moins avancées; le gros orteil était recouvert par le deuxième orteil, mais il n'atteignait pas le niveau du troisième; de ce côté, la bourse séreuse anormale n'était pas enflammée. Des deux côtés, le redressement était impossible.

Le 31 juillet, M. Delbet pratiqua la double opération suivante, en commençant par le pied gauche.

« Je fis, nous dit-il, sur le bord interne, une incision dont la partie moyenne circonscrivait l'hygroma et se prolongeait environ de 2 centimètres sur la phalange et de 4 sur le métatarsien. J'enlevai la bourse séreuse d'un seul morceau sans l'ouvrir. Débarrassé de ce foyer d'infection, j'approfondis l'incision jusqu'à l'os et je détachai les ligaments et le périoste à la rugine. Dans ce temps, l'articulation fut ouverte. Je fis d'abord sauter, d'un coup de ciseau longitudinal, l'hyperostose qui était énorme, puis je fis une résection oblique de la tête métatarsienne.

« Pour cela, j'enlevai un coin comprenant toute la surface cartilagineuse, épais de 5 à 6 millimètres sur le bord interne, et plus mince sur le bord externe. Cela fait, il était très facile de ramener l'orteil dans la rectitude complète; mais, dès qu'on l'abandonnait à lui-même, il reprenait sa position vicieuse avec la brusquerie d'un ressort. J'enlevai encore et progressivement, plusieurs copeaux osseux; mais l'orteil, facile à redresser, ne tenait pas mieux dans la rectitude. C'était le tendon de l'extenseur dévié et rétracté qui attirait l'orteil en dehors et l'entraînait en attitude vicieuse.

« Je songeai alors, ajoute M. Delbet, à modifier la direction de ce tendon. Je constatai que lorsqu'on le maintenait avec un écarteur sur le bord interne de l'articulation, non seulement il n'avait plus de tendance à dévier l'orteil, mais, bien au contraire, contribuait puissamment à le maintenir en bonne attitude. Aussi ai-je pris le parti de le fixer dans cette position, en lui faisant une gaine artificielle. Pour cela,

sans toucher à son insertion inférieure, je l'amenai dans l'incision latérale qui allait jusqu'à l'os, et, pendant qu'un aide le maintenait avec un écarteur, je suturai par-dessus les lambeaux fibro-périostiques sur une étendue de deux centimètres et demi environ avec des fils de soie ; ainsi se trouva formée une gaine solide, moitié sur la phalange, moitié sur le métatarsien. Le tendon, ainsi dévié, agissait si bien pour fixer l'orteil en position rectiligne, que tout appareil fut inutile ».

La même opération fut pratiquée sur le pied droit. Il n'y eut aucune complication, et le 24 août, la malade quittait l'hôpital, marchant bien, sans douleur, avec un pied de forme normale.

M. Delbet a pu revoir son opérée le 12 novembre, trois mois et demi après l'opération ; le résultat ne s'était pas démenti ; à droite, les mouvements de l'articulation réséquée sont à peu près normaux ; à gauche, ils sont au contraire très limités ; mais la malade n'en éprouve aucune gêne, les tendons ont bien tenu dans leur nouvelle gaine.

Telle est, Messieurs, l'opération qui nous a été communiquée par notre collègue, M. Delbet. Elle comprend, comme vous le voyez, deux parties distinctes : 1° une résection osseuse, 2° une vaginoplastie dont le but est d'obvier aux inconvénients qui résultent de la rétraction du tendon extenseur.

Pour ce qui est de la résection osseuse, celle-ci a été opérée par trois procédés différents, dans la cure de l'hallux valgus : Hueter a d'abord pratiqué la résection totale de la tête du premier métatarsien. Mais, comme l'a fait remarquer Riedel[1], cette résection n'est pas sans inconvénient pour la station et pour la marche ; aussi cet auteur lui a-t-il substitué une résection portant sur la première phalange du gros orteil. Il suffit d'avoir quelque connaissance de l'anatomie pathologique de l'hallux valgus, pour juger immédiatement combien cette dernière opération est irrationnelle. La première phalange du gros orteil est en effet complètement saine ; c'est sur la tête du premier métatarsien que portent uniquement les lésions ; c'est à elle que doivent s'adresser les interventions chirurgicales. Le troisième procédé opératoire est celui qui a été imaginé par notre collègue, J. Reverdin. Il consiste à pratiquer une ostéotomie cunéiforme, portant sur le col du premier métatarsien, en respectant complètement la surface articulaire. Certes, ce procédé est fort ingénieux et l'on comprend que, dans certains cas, il puisse suffire à provoquer le redressement, mais il a l'inconvénient de ménager complètement les surfaces articulaires ; or, c'est sur celles-ci que siègent les lésions principales. Il paraît donc à la fois plus simple et plus sûr, au point de vue du résultat définitif, de faire, comme l'a pratiqué M. Delbet, comme

[1] Riedel, Zur operativen Behandlung des Hallux valgus (*Centralblatt für Chirurgie*, 30 octobre 1886, n° 44).

l'avait fait avant lui Georges Fowler, une résection partielle de la tête du premier métatarsien. On a ainsi l'avantage de réaliser le redressement, tout en conservant le point d'appui osseux si important dans la statique du pied, que représente l'extrémité du premier métatarsien.

Le second point, dans l'opération de M. Delbet, celui qui en constitue la partie la plus originale, c'est la vaginoplastie destinée à reconstituer la gaine de l'extenseur propre du gros orteil et à le maintenir dans la position nouvelle que lui a donnée le chirurgien. Les considérations qui ont conduit notre collègue à cette conception opératoire, sont éminemment justes et son observation à cet égard est pleine d'intérêt. Il n'est pas douteux, en effet, que, dans l'hallux valgus, le tendon de l'extenseur propre du gros orteil, par son déplacement, ne tende à exagérer la difformité et ne constitue un obstacle à son redressement. C'est un point sur lequel nous avons déjà appelé l'attention dans l'article que nous avons consacré à l'hallux valgus, dans le récent *Traité de Chirurgie*. « Quoi qu'il en soit, disions-nous, de la part réelle à faire à l'influence mécanique et à la cause diathésique dans la production de la difformité, il est à noter que le tendon de l'extenseur propre du gros orteil contracturé joue certainement un rôle dans sa production, non sans doute que ce soit là le phénomène primitif, mais l'arthrite a pour conséquence la contracture de l'extenseur dont le tendon représente pour ainsi dire la corde de l'arc formé par l'orteil dévié et contribue ainsi à maintenir et à exagérer encore la difformité[1]. »

Ces considérations nous ont conduit à pratiquer quelquefois la section sous-cutanée du tendon extenseur, suivie du redressement de l'orteil dévié, au moyen d'un appareil. Dans les cas, comme celui de M. Delbet, où l'on pratique une longue incision à ciel ouvert destinée à la résection de la tête métatarsienne, on pourra recourir au procédé qu'il nous a fait connaître et qui lui a fourni un excellent résultat. En conservant au tendon sa mobilité, il est même supérieur à la ténotomie qui expose à la perte des mouvements par suite de la non-consolidation du tendon sectionné.

En terminant, Messieurs, je vous propose :

1° D'adresser des remerciements à M. Delbet, pour son intéressante communication.

2° D'inscrire son nom en un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Discussion.

M. Poirier. — Je pense que l'on a souvent exagéré le rôle de

[1] Kirmisson, Maladies des membres (*Traité de chirurgie*, t. VIII, p. 1118).

l'extenseur propre dans la pathogénie de l'*hallux valgus*. A mon avis, l'infirmité relève d'ordinaire de causes mécaniques; le port de chaussures trop courtes est la cause ordinaire. D'ailleurs le tendon du chef interne du pédieux qui gagne l'orteil, sous une obliquité plus grande, est mieux placé que le tendon de l'extenseur propre, pour augmenter la déviation normale du gros orteil.

M. Routier. — J'ai opéré une danseuse atteinte de déviation du gros orteil droit, et conduit à l'intervention par l'inflammation de la bourse séreuse, j'ai d'abord enlevé cette bourse séreuse, ouvert l'articulation, décalotté le métatarsien et remis l'orteil en droite ligne.

Cette jeune femme a conservé l'usage de son articulation, elle ne danse plus, mais marche et fait mouvoir son articulation métatarso-phalangienne (1).

M. Reynier. — J'ai fait une série de ces opérations après la publication du travail d'Ogston en 1881. La question de l'âge est capitale. Chez les jeunes sujets, la rétraction du tendon a une plus grande importance. Chez les gens âgés, il y a de l'arthrite et de la contracture, tandis que chez les enfants il existe une véritable rétraction qui pourrait peut-être être considérée comme congénitale.

La résection du métatarse donne des résultats bien meilleurs que l'ouverture de l'articulation. Celle-ci peut amener l'ankylose, d'autant plus qu'on opère souvent avec une bourse séreuse infectée. Je me contente donc de faire une ostéotomie cunéiforme ; mes résultats sont de plus en plus satisfaisants.

M. Marchand. — Les trois opérations que j'ai faites ne visaient que des gens d'âge moyen ; j'ai ouvert largement l'articulation, entamé la tête métatarsienne sans m'occuper des tendons extenseurs ; le résultat a été excellent, au moins le résultat immédiat.

M. Félizet. — On ne doit pas confondre les lésions chez l'adulte et chez l'enfant. Chez l'adulte, ces lésions sont une conséquence du rhumatisme. Chez les enfants, il n'en est pas de même ; j'ai observé chez eux une direction vicieuse du métatarsien et de la première phalange comparables au genu valgum ; le redressement simple m'a suffi pour corriger cette malformation.

M. Schwartz. — J'appuie ce qu'a dit M. Reynier. J'ai pratiqué une quinzaine de ces opérations, il y a deux catégories de faits ; je n'ai rencontré personnellement que celle qu'on observe chez les

[1] Voyez la thèse de Salvador Queredo (*de l'Hallux valgus*) ; Paris, 1894.

gens âgés. Tantôt j'ai enlevé la tête du métatarsien, tantôt j'ai fait l'ostéotomie cunéiforme avec suture osseuse; mes résultats ont été excellents.

M. Monod. — On a fait allusion à des présentations que j'ai faites ici : il s'agit d'une question de degré plutôt que d'une question d'âge. Chez un malade, j'ai sectionné le tendon du pédieux et de l'extenseur; malgré tout, l'orteil reprenait sa déviation; je fis alors une section dans l'espace interdigital et je pus obtenir et maintenir la réduction.

M. Kirmisson. — Il y a deux parties dans cette discussion : *pour l'étiologie,* je dirai à M. Poirier qu'il ne faut pas être trop partisan des théories mécaniques, il y a des cas où la déviation est congénitale; il faut, d'autre part, faire une place à l'arthritisme, au moins chez les personnes âgées.

L'action de l'extenseur me paraît évidente ; je ne dis pas pour cela qu'elle soit exclusive et j'admets que d'autres muscles puissent participer à la déformation.

Au *point de vue opératoire*, je vois qu'il y a une certaine divergence parmi mes collègues, c'est que la question est en somme récente ; trois opérations sont à notre disposition : la suppression simple de l'exostose et de la bourse muqueuse, la résection de la tête métatarsienne et l'ostéotomie du col. M. Delbet s'est contenté de la résection partielle, mais il est certain qu'il faut se comporter différemment suivant les cas et se montrer éclectique.

Communication.

De la sérothérapie dans le tétanos.

Par M. BAZY.

Quand M. Nocard fit à l'Académie de médecine sa communication sur la sérothérapie préventive dans le tétanos, il indiqua que quelques chirurgiens avaient employé cette méthode et paraissaient en avoir retiré des avantages.

Je suis un de ces chirurgiens, et c'est pour provoquer les communications de nos collègues, que je vous fais part de mon expérience sur ce sujet.

Quelque temps après la prise de possession de mon service à Bicêtre, j'eus l'occasion d'observer un cas de tétanos.

Il s'agissait d'un charretier qui était tombé sous une charrette,

chargée de paille, dont la roue avait fait, à la partie antérieure du genou, une plaie énorme, décollé la peau sur une vaste étendue, mis à nu la rotule, ouvert l'articulation.

Cette plaie était souillée de terre, des graviers étaient incrustés dans la plaie, toutes conditions favorables au développement du tétanos.

Ce cas ne m'aurait pas outre mesure préoccupé, s'il n'en était survenu trois autres, un à la suite de plaies multiples de tout le membre supérieur gauche, par une scie circulaire qui avait découpé ce bras en une série de rondelles ne tenant entre elles que par des lambeaux de peau.

Un troisième avait une plaie de la pommette droite et une autre au niveau du bord cubital de la main droite qu'il s'était faites en tombant étant ivre; il avait passé une nuit froide d'hiver auprès d'une grange, par une température de plusieurs degrés au-dessous de zéro; d'où une gelure du pied gauche (trois derniers orteils).

Il entre dans mon service; les plaies de la face et de la main furent soignées et guéries sans aucune suppuration, lorsqu'au 21e jour nous remarquâmes les premiers symptômes du tétanos qui l'emporta en deux jours.

La gelure du pied ne s'était pas comportée aseptiquement, il y avait du pus autour des eschares, mais pas de phénomènes réactionnels locaux, ni généraux; la température qui avait atteint 39° pendant deux jours, sous l'influence d'une congestion pulmonaire interne, était retombée.

Il est difficile de dire si le tétanos a eu pour point de départ la plaie de la région molaire ou de la main, ou bien la gelure du pied.

Enfin, le quatrième cas eût été appelé autrefois un cas de tétanos spontané.

Il s'agit d'un jeune homme qui a été apporté dans mon service avec un tétanos généralisé, et qui est mort au bout de cinq jours.

Or, il nous a été impossible de trouver la porte d'entrée ou du moins une porte d'entrée précise : en l'examinant de tous côtés, nous n'avons pu découvrir que des petites cicatrices presque imperceptibles, comme en portent tous les ouvriers. La veille du jour où son tétanos s'était déclaré, il s'était fait probablement une déchirure musculaire dans le dos, en voulant retenir un sac de 100 kilogrammes.

En dehors de ces cas, je n'en ai vu aucun autre. Aucune de mes opérations, soit pour des lésions septiques, soit pour des lésions aseptiques, n'a été suivie de tétanos, ce qui permet d'éliminer l'idée qu'ils ont eu pour point de départ une contagion dans le ser-

vice même. Au reste, le cas qui est venu du dehors suffisait à détruire cette hypothèse.

Il ne s'agit pas non plus, pour les trois derniers cas de contagion par le premier, puisque de ces trois, l'un est celui qui est entré avec le tétanos confirmé et les autres se sont montrés à des intervalles de temps et d'espace trop grands pour l'admettre : l'un a été observé en avril 1894, l'autre en novembre 1894, le troisième en février 1895, le quatrième (spontané ?) en avril 1895).

Le deuxième était dans une salle différente du premier, et le troisième dans un lit opposé au premier et à un an d'intervalle.

Il s'agit bien donc de tétanos, nés dans un territoire tétanifère, dans un de ces terrains maudits, comme on les a appelés et que les vétérinaires connaissent mieux que nous.

J'avais donc vu, dans l'espace d'un an, quatre cas de tétanos, autant peut-être que j'en avais vu dans le cours de mes études ou dans ma carrière de chirurgien. Je ne me souviens pas d'en avoir vu dans les remplacements que j'avais faits comme chirurgien du Bureau central. J'en avais vu deux pendant que j'étais chef de clinique de M. Richet, à l'Hôtel-Dieu.

Quoi qu'il en soit, ces faits m'avaient vivement impressionné. Aussi n'ai-je pas hésité à décider d'appliquer le traitement préventif à toutes les plaies qui se présenteraient dans mon service.

A partir de ce moment, je n'ai plus vu de tétanos, quoiqu'un grand nombre appartiennent à la catégorie des plaies qui fournissent le plus de cas de tétanos, c'est-à-dire plaies contuses, plaies par arrachement, plaies par écrasement, par coups de pied de cheval, plaies des extrémités, plaies de tête, etc.

J'ai eu l'occasion de faire faire ainsi vingt-trois inoculations préventives.

Deux malades sont morts. Dans un cas, il s'agissait d'un vieillard de 80 ans, qui s'était jeté volontairement sous les roues d'un tramway : il avait eu le bras gauche écrasé et des fractures de côtes.

Il est mort le lendemain.

Le deuxième était un homme de 28 ans, entré pendant mon absence pour une fracture du tibia avec de légères écorchures. Il est mort le 3e jour de delirium tremens.

Reste donc 21 cas de lésions, qui auraient pu produire le tétanos et qui ne l'ont pas déterminé.

Ma pratique est simple :

Dès que le malade, porteur d'une plaie susceptible de donner le tétanos, entre, on lui fait une injection de 10 centimètres cubes de sérum *antitétanique*, préparé par l'institut Pasteur. — La plaie est nettoyée et pansée antiseptiquement.

Que l'antisepsie de la plaie ait été suffisante ou insuffisante, je n'ai jamais eu d'infection tétanique.

Les injections n'ont été suivies d'aucun accident local et je n'ai constaté aucun phénomène général. Elles sont donc innocentes, quoique, au dire de M. Nocard, la dose fut plus que suffisante pour un homme.

C'est donc un sérum innocent.

Ajouterai-je qu'il a été préventif, je n'oserais le dire, attendu qu'il n'est pas démontré que même un seul des blessés qui l'ont reçu en injection eût pu être atteint par cette terrible maladie. Mais on reconnaîtra avec moi qu'il y a une singulière coïncidence entre les faits.

Si les cas de tétanos s'étaient produits dans un laps de temps très court, on aurait pu invoquer telle condition climatérique ou autre qui eût pu, à un moment donné, exalter la virulence du bacille de Nicolaïer, resté jusque-là latent; mais les dates d'apparition de l'infection sont trop éloignées les unes des autres.

Voici le sommaire des cas qui ont été traités par le sérum antitétanique.

Permettez-moi de sortir un peu de mon sujet qui a pour but la sérothérapie préventive dans le tétanos pour aborder quelques points.

1° Et d'abord la durée de la période d'incubation du mal.

Sauf pour un cas dans lequel cette période n'a pas pu être calculée, je puis dire que dans les autres cas elle a été un peu plus longue que d'habitude.

Les cas dans lesquels un traumatisme chirurgical sans lésions intérieures avait été suivi de tétanos permettaient de dire que la période d'incubation est d'environ une semaine, huit jours.

C'est si je ne me trompe, ce qui résulte des faits publiés ici même de tétanos survenus dans des opérations sur les organes génitaux de la femme.

Je pense avoir prouvé que le bacille de Nicolaïer a pénétré dans l'organisme par la porte créée par le traumatisme accidentel, et non par les interventions dans les cas où il y en a eu.

Dans ces conditions, la période d'incubation a été quinze jours pour l'un des malades, dix jours pour le deuxième, vingt et un jours pour le troisième.

2° L'injection du sérum antitétanique, faite dans un but curatif, a été négative. Ces faits sont bien connus, en France, depuis longtemps; et si j'en ai fait, chez tous mes malades, c'est pour ne rien négliger en face de cette terrible maladie.

Pourrais-je dire que cette injection paraît cependant avoir produit quelque effet chez l'un de nos malades, le premier? Je ne le

crois pas, parce que le traitement a été complexe chez lui. Vous comprenez que je n'ai pas négligé les moyens de traitement qui ont donné quelques succès et en particulier le chloral à haute dose.

Le malade a pris pendant quatre jours de suite 8 grammes de chloral par jour.

Pendant ces quatre jours on lui a fait trois injections par jour de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique et une chacun des deux jours suivants :

Le trismus avait disparu, et si le malade qui avait des suppurations diffuses de la jambe et du jarret avait voulu se laisser amputer la cuisse plus tôt, peut-être aurait-il survécu.

Dans tous les cas, il est mort d'une syncope. Cette syncope ne doit pas, je crois, être attribuée au sérum puisqu'on peut l'observer dans le tétanos traité ou non traité par les hypnotiques.

3° L'absence de fièvre ne peut pas être toujours considérée comme un symptôme d'heureux augure puisque l'un de mes malades qui n'avait pas de lésion infectieuse capable de modifier la marche de l'état général est mort avec une température axillaire n'ayant pas dépassé 37°,5.

Je résumerai ma communication qui a pour objet la sérothérapie préventive dans le tétanos.

Après avoir vu dans l'espace d'un an quatre cas de tétanos dont un de cause inconnue, j'ai pratiqué les injections préventives de sérum antitétanique de l'institut Pasteur dans des cas paraissant susceptibles de se compliquer de tétanos et je n'en ai plus observé.

L'injection préventive a été de 10 centimètres cubes. Elle n'est pas douloureuse. Elle ne détermine ni accidents locaux ni accidents à distance, ni accidents généraux.

Discussion.

M. Championnière. — J'ai de la peine à admettre qu'on puisse tirer un argument d'un aussi petit nombre de faits.

En médecine vétérinaire il en est tout autrement : il y a tant pour 100 de tétanos, on fait des injections et le tétanos disparaît. J'avoue qu'en médecine humaine, tant qu'on n'aura pas trouvé le sérum qui guérit le tétanos, on n'aura pas fait un progrès sensible.

J'ai observé cette année un garçon atteint du tétanos à la suite d'une blessure du doigt faite en nettoyant une bicyclette. Le chloral à haute dose n'ayant donné aucun résultat, on pratiqua une série d'injections de sérum venant de l'Institut Pasteur, le malade a guéri. M. Nocard, consulté, nous a dit que ce cas unique n'était pas très probant, cependant cet homme était très menacé, les hypno-

tiques n'avaient rien produit et l'amélioration a suivi l'injection du sérum antitétanique.

M. Berger. — La question de la sérothérapie curative est très obscure. En Italie, on a obtenu des succès véritables, en Angleterre également et en Allemagne, même dans les cas de tétanos aigu ; à côté de ces faits heureux, il y a de nombreux insuccès.

Dans notre pays, le sérum qui nous vient de l'Institut Pasteur ne nous a donné aucun résultat, et l'observation de M. Championnière me semble unique en tant qu'observation française. Les résultats expérimentaux ont toujours été défavorables. Je continue à me montrer partisan de l'amputation, surtout quand le sacrifice ne porte que sur des doigts ou des orteils.

Quant au traitement préventif, il me paraît inutile, étant donné l'infime petit nombre des cas que nous observons dans nos milieux hospitaliers.

Il y aurait peut-être lieu de rechercher si Bicêtre et ses environs ne sont pas favorables à l'éclosion du tétanos.

M. Marchand. — L'injection prescrite sera difficilement généralisable. En 6 ans je n'ai vu qu'un seul cas de tétanos.

M. Quénu. — Nous devrions tous apporter nos statistiques relatives au tétanos ; pour ma part, depuis que je suis à Cochin, c'est-à-dire depuis 5 ans et 1/2, je n'en ai pas observé un seul cas.

M. Bazy. — Je n'ai parlé que de Bicêtre, où le tétanos semble plus fréquent.

M. Michaux. — J'ai vu un cas de tétanos venant d'Arcueil.

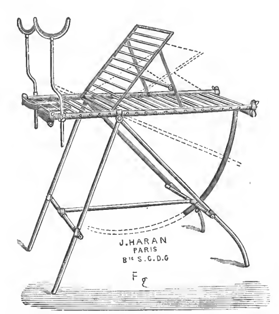
Présentation de pièces.

M. Segond présente, au nom de M. Barette, la pierre qu'il a enlevée chez son deuxième malade. M. Barette la lui a envoyée afin de montrer qu'elle était incassable. M. Guyon, qui a vu ce calcul, a confirmé M. Segond dans l'opinion qu'on ne peut savoir avant de broyer si un calcul est broyable.

Présentations d'instruments.

M. Segond présente une aiguille au nom de M. Collin.

M. Routier présente une table d'opérations au nom de M. le Dr Prioleau.



La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
Quénu.

Séance du 4 mars 1896.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos du procès-verbal.

Traitement préventif du tétanos par la sérothérapie.

M. Broca. — Il y a quelque intérêt à réunir les cas où l'on a traité le tétanos par la sérothérapie. Je remets donc, pour grossir la liste des insuccès, l'observation recueillie par mon interne, M. Courtillier, d'un malade que j'ai soigné à l'hôpital Trousseau.

Cas de tétanos survenu six jours après une brûlure superficielle du membre inférieur gauche. Injection de sérum antitétanique. Mort.

Dans l'après-midi du vendredi 7 février 1896, on apporte à l'hôpital Trousseau un enfant, D..., Victor, atteint de brûlures au membre inférieur gauche. L'enfant, admis salle Denonvillers, n° 6, est âgé de 6 ans 1/2; il a été brûlé le mardi 4 février, alors qu'il se chauffait accroupi auprès d'une cheminée. Un charbon ardent est tombé sur son pantalon qui a pris feu et a déterminé l'accident pour lequel on amène l'enfant à l'hôpital.

Il n'y a rien à noter dans les antécédents du sujet.

On enlève le pansement qui recouvre la cuisse et la jambe gauches et on découvre une vaste brûlure récouverte de papier brouillard. C'est l'unique pansement qui ait été fait jusqu'à ce jour sur la plaie par la mère de l'enfant.

La brûlure, de contours très irréguliers, siège depuis l'aine jusqu'au tiers inférieur de la jambe gauche, occupe les parties antéro-latérales du membre. Elle présente en certaines parties les caractères d'une brûlure au 3e degré, alors qu'en d'autres on n'observe que ceux du second. Par places il existe des phlyctènes remplies de liquide séro-sanguinolent, un peu louche pour quelques-unes plus petites, qui avoisinent les bords de la brûlure. En d'autres endroits, les parties desséchées semblent en voie de réparation. Douleur locale pas très vive, peu de réaction locale et générale. Le pouls est fréquent, mais le facies est bon et l'enfant se plaint peu. On applique un pansement humide boriqué.

Le soir, T. 38°; enfant calme, pouls fréquent.

Le 8 au matin, on renouvelle le pansement humide ; la plaie est moins sèche et l'enfant remue plus facilement la jambe. T. 37°,8.

Le soir du 8, la température monte à 38°,4. Rien à noter, l'enfant est toujours aussi calme.

La journée du 9 est aussi calme que la précédente. Le soir, 38°, même pansement humide.

Le 10 février, à 6 heures du matin, en faisant boire l'enfant, l'infirmière remarque qu'il a de la difficulté pour avaler; cette dysphagie apparaît six jours après la brûlure.

A 9 heures du matin, le trismus existe, ainsi que la contracture des muscles de la nuque, des sterno-mastoïdiens, le gauche plus que le droit. Les peauciers sont très apparents sous la peau. La tête inclinée à gauche, regarde à droite et un peu en haut. Raideur de la colonne

vertébrale. Contracture de certains muscles de l'épaule, du dos, les dentelés et les grands dorsaux. L'enfant peut mouvoir les bras, et surtout les avant-bras et les mains. On demande du sérum antitétanique à l'Institut Pasteur.

Contracture des deux membres inférieurs et aussi des muscles de la région antéro-externe de l'abdomen. T. 38°,2.

On donne 4 grammes de chloral en lavement.

La contracture s'exagère vers midi et se généralise aux membres supérieurs. Sueur perlée sur la tête et le tronc.

Le soir, T. 38°,4. Même état de contracture. Lavement avec 4 grammes de chloral.

A 6 heures du soir (12 heures après le début des accidents), injection sous-cutanée dans la région épigastrique de 15 grammes de sérum antitétanique. De 8 heures à 11 heures du soir, l'enfant devient plus calme, moins sensible aux excitations extérieures. Il peut remuer les bras, causer un peu, demander à boire et avaler sans trop de difficulté quelques cuillerées de lait. Mais bientôt l'état s'aggrave, l'enfant devient plus irritable et la contracture devient de nouveau générale.

Le 11 au matin, T. 37°,8, même état de contracture généralisée. Le pouls est fréquent, 130. La respiration à peu près normale. Lavement de chloral, 4 grammes. A 9 heures du matin, deuxième injection de sérum antitétanique (15 gr.).

La contracture persiste, l'irritabilité devient extrême et l'enfant succombe à 3 heures de l'après-midi, trente-trois heures après le début des accidents tétaniques.

M. Delorme. — Absent à la dernière séance, je regrette de n'avoir pas fourni mon appoint personnel dans la question soulevée du traitement du tétanos.

J'ai en quelques années, observé deux cas de tétanos, l'un chronique, qui a guéri par le traitement ordinaire (bromure de potassium, bains prolongés, etc.), l'autre aigu. Appelés près de ce malade, les promoteurs du traitement sérothérapique en France, n'ont pas eu assez de confiance dans ce traitement pour oser l'opposer au traitement ordinaire. Cet homme a succombé au bout de quelques heures.

Rapports.

I. — *Des adhérences du péritoine à la symphyse constatées dans trois cas de cystotomie sus-pubienne*, par le Dr Rollet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Rapport par M. PICQUÉ.

Messieurs, vous m'avez chargé de présenter un rapport sur le travail que vous a adressé M. le Dr Rollet, de Lyon, et qui est re-

latif à l'étude des adhérences du péritoine à la symphyse, envisagées au point de vue de la taille sus-pubienne. Cette étude est basée sur trois observations que je vous demande la permission de résumer tout d'abord.

Dans le premier cas, il s'agit d'un prostatique de 69 ans, qui n'avait jamais présenté de rétention complète ayant nécessité le cathétérisme ; à diverses reprises, quelques cas de rétention incomplète.

En novembre 1893, sans cause appréciable, premier accès de rétention complète ; une sonde métallique est introduite qui amène une notable uréthrorrhagie.

Il s'est produit une fausse route qui fut reconnue dès l'entrée du malade à l'Antiquaille, dans le service du Dr Gailleton, suppléé par M. Rollet.

La vessie remonte jusqu'à l'ombilic : le chef de clinique, ne pouvant introduire aucune sonde par l'urèthre, se décide à pratiquer la ponction hypogastrique avec le gros trocart de Dieulafoy et à un travers de doigt au dessus de la symphyse. La canule est laissée à demeure. Il s'écoule 2 litres environ d'urine.

Le 6 novembre, trois jours après l'entrée du malade à l'hôpital, l'état général s'est aggravé ; la température est à 39°,7. Il y a un peu de rougeur au niveau de l'orifice d'entrée du trocart.

M. Rollet se décide à pratiquer de suite la taille sus-pubienne, après l'incision des téguments et de l'aponévrose, le doigt est introduit dans l'orifice du trajet formé par le trocart ; aussitôt une anse d'intestin fait hernie.

Le péritoine avait été traversé de part en part, grâce à une adhérence entière du péritoine à la symphyse.

Il est regrettable que M. Rollet n'ait pas décrit minutieusement cette adhérence. Quoi qu'il en soit, le péritoine est suturé, incliné en haut.

La taille sus-pubienne se termine comme à l'ordinaire et les bords de la solution de continuité vésicale sont suturés par 6 points aux lèvres correspondantes de l'incision cutanée.

Le 21 novembre, le malade succombe à une broncho-pneumonie. L'autopsie n'a malheureusement pu être faite, mais il n'y avait, dit M. Rollet dans les commentaires qui suivent l'observation, aucun phénomène abdominal.

Dans le deuxième cas il s'agit d'un calculeux infecte dont les accidents remontent au printemps de l'année 1893.

Quelques mois après, les urines se troublèrent et le malade ne tarda pas à présenter tous les signes d'une infection urinaire grave (fréquence des besoins d'uriner, urines purulentes, frissons vespéraux, anorexie complète et amaigrissement.

C'est dans ces conditions que le malade entra dans le service de M. Poncet, suppléé par M. Rollet.

Le 9 mars, notre collègue pratique la cystotomie sus-pubienne, au cours de laquelle il constate une adhérence du péritoine à la symphyse, mais sans nous donner d'ailleurs aucun détail précis. Quoi qu'il en soit, l'opération se termine sans incident; un calcul est extrait qui mesure 6 centimètres de long sur 4 de large, du poids de 75 grammes, formé d'urates dans les zones centrales et partiellement encroûté de dépôts phosphatiques secondaires.

Les suites opératoires ont été aussi simples que possible; sous l'influence des grands lavages vésicaux, les urines reprennent rapidement leurs caractères normaux.

Le 3 avril, le malade quitte l'hôpital complètement guéri. Il est revu le 1er mai ; la guérison est parfaite.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une rétention d'urine putride chez un rétréci, chez lequel notre collègue pratiqua la taille sus-pubienne, d'après les indications formulées par lui dans la thèse de son élève Poullain (*Thèse de Lyon*, 1894).

Homme de 37 ans, entré à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Poncet, suppléé par M. Rollet.

Dès l'âge de 20 ans, le malade a souffert d'un rétrécissement consécutif à une blennorrhagie.

Détail à noter : en 1885, le rétrécissement avait été soumis au traitement par l'électrolyse.

C'est à la suite d'une rétention aiguë que le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Des essais infructueux de cathétérisme ont été faits, tant en ville qu'à l'hôpital. L'état général est mauvais. Il y a de la fièvre.

Après examen, M. Rollet constate l'existence d'une fausse route; de suite, il se décide à pratiquer la taille sus-pubienne.

Après l'incision de la paroi, il arrive sur le cul-de-sac péritonéal qu'on peut suivre jusqu'au pubis où il adhère par une faible bride dont la réflexe permet de l'en détacher.

L'incision de la vessie donne issue à plus d'un litre d'une urine fétide et trouble. Les suites sont très simples.

Peu après, M. Rollet pratique la reconstitution du canal, en combinant l'uréthrotomie externe à l'uréthrotomie interne qui permet à la sonde de franchir facilement la portion antérieure du canal.

Le 17 septembre, le malade est complètement guéri; l'état général est excellent; le calibre du canal de l'urèthre est rétabli; la fistule hypogastrique est fermée.

Voilà donc trois cas où M. Rollet constate une adhérence du péritoine à la symphyse.

A ce propos l'auteur fait un historique soigné de la question et passe en revue tous les anatomistes qui, depuis Dions jusqu'à

nos jours, ont signalé les rapports du cul-de-sac péritonéal avec la face antérieure de la vessie, mais il insiste particulièrement sur ceux qui ont relevé la disposition anormale qui fait l'objet de son étude.

Petersen, au Congrès de Berlin, 1886, affirma qu'il n'existait dans la science que deux cas d'adhérences : ceux de Pitha, en 1879 et de Lotzbeck, et qu'en raison de la rareté de cette circonstance, ces faits ne pouvaient entrer en ligne de compte.

Notre collègue, M. Polaillon, en relata un cas à cette tribune en 1885, et d'après Delbet, qui vient de consacrer cette année même une thèse importante à l'étude de l'anatomie de la vessie, c'est le seul cas qui aurait été mentionné en France. Le temps ne m'a pas permis de contrôler cette assertion, mais j'ai tout lieu de croire qu'elle est exacte. Le même auteur déclare n'avoir jamais rencontré cette adhérence sur les quarante cadavres qu'il a examinés pour sa thèse.

M. Paul Delbet, dans une note qu'il a bien voulu me donner, m'a dit avoir, de plus, relevé toutes les observations publiées du 1er janvier 1890 au 1er janvier 1895. Ces observations sont au nombre de 255 (plusieurs autres lui ont fait défaut, les périodiques où elles ont été publiées n'étant pas à la Faculté).

Or, sur ce nombre considérable de cas que M. Delbet a relevés pour un travail encore inédit, il n'a trouvé qu'un seul cas publié par Porcelli (*Gaz. di ospit*, t. XIII ; Milan, 1892), et même dans ce cas, n° **186** de la statistique, il est plutôt dit que le péritoine descendait très bas. Le péritoine fut, paraît-il, difficile à éviter, mais ne fut pas blessé. On voit que cette anomalie est plus qu'exceptionnelle.

Testut dans son traité d'anatomie, aujourd'hui classique, a démontré que même après la distension de la vessie, le péritoine peut descendre jusqu'au voisinage du pubis et même plus bas jusqu'au niveau de la symphyse. Il s'agit bien d'une distension anatomique qui ne dépend plus de la présence d'une adhérence, mais qui est justiciable au point de vue pratique des mêmes conséquences et si nous signalons cette opinion du savant anatomiste de Lyon, qui vient d'être corroborée également par Delbet dans sa thèse, c'est qu'en raison du peu de détails donnés par M. Rollet sur les caractères anatomiques de cette adhérence, on peut se demander s'il ne s'agit pas plutôt d'une distension anatomique semblable à celle que nous a signalé Testut que d'une adhérence véritable.

Aussi sans suivre l'auteur sur le terrain de la pathogénie, je me bornerai à conclure, et c'est là le point principal de son étude, qu'il peut se rencontrer des cas, et il en rapporte trois, dans lesquels le péritoine ne présente pas sa disposition normale, circons-

tance fâcheuse, non pas au point de vue de la cystotomie mais de la ponction sus-pubienne.

La fréquence des tailles sus-pubiennes pratiquées de nos jours, nous renseignera, je pense, sur la proportion de ces cas anormaux.

Si cette distension que nous devons tenir jusqu'à plus ample informé, comme absolument exceptionnelle, expose à la blessure du péritoine dans la ponction sus-pubienne, il n'en faudra pas conclure comme M. Poncet que cette opération est un pis aller, qu'elle peut être dangereuse en déterminant des abcès des foyers infectieux du tissu cellulaire prévésical, de l'infiltration d'urine et en exposant, comme dans le premier cas de M. Rollet, à la perforation du péritoine et à ses conséquences le plus souvent fatales.

On ne peut mettre à mon sens sur le même plan les deux opérations, ponction et taille, et mettre en balance les inconvénients de la première et les avantages de la deuxième.

Chacune a ses indications bien nettes, et l'une ne peut pas remplacer l'autre dans tous les cas ou elle est indiquée.

Dans les asiles d'aliénés où je pratique la chirurgie avec mon cher maître Pozzi depuis une douzaine d'années, nous avons eu affaire à un grand nombre de cas de rétention d'urine, et j'ai pu me familiariser depuis de longues années avec les difficultés de la chirurgie urinaire.

Ne pouvant user le plus souvent du cathétérisme pour des raisons qui ne sauraient trouver place ici, nous avons très souvent recours à la ponction hypogastrique, répétée à diverses reprises chez le même sujet.

Vous dirai-je, messieurs, que je ne me souviens pas d'un seul accident de ce procédé qui est devenu, grâce à nous, d'un usage journalier dans nos asiles.

On nous parle d'abcès, d'infiltration d'urine : Je n'en ai jamais observé et je crois volontiers que les accidents signalés sont dus le plus souvent à des fautes de technique et d'antisepsie.

Aujourd'hui les rétentions d'urine accompagnées d'infections vésicales sont justiciables de la taille, mais à l'époque encore peu éloignée ou nous pratiquions la ponction même dans ces cas, je ne me souviens pas avoir vu de ces infections locales signalées par notre collègue.

A la vérité ma pratique diffère de la sienne, en ce que je n'ai pas recours comme il le dit, au gros trocart, laissé à demeure, et je n'ai jamais employé d'autre trocart, que le n° 2 de l'appareil Potain, que je retire de suite après la ponction.

J'estime enfin, que si la ponction doit parfois maintenant céder le pas à la taille, il n'en est pas moins vrai que la ponction est une excellente opération qui a ses indications parfaitement établies, qui

m'a rendu souvent les plus grands services dans les cas auxquels j'ai fait allusion et qu'elle mérite d'être conservée au nombre des opérations utiles de la chirurgie.

Au point de vue de la technique de la cystotomie sus-pubienne, M. Rollet insiste sur la manœuvre du doigt recommandée par M Poncet en 1893, pour éviter la blessure du péritoine, manœuvre qui est bien connue de vous tous.

A ce propos l'auteur déclare que le soulèvement de la vessie par le ballon ne pourrait être dans ce cas d'aucune utilité, et nous dit, d'ailleurs, que l'emploi du ballon est depuis longtemps abandonné, à juste titre, à Lyon, et que lui-même ne l'a jamais employé.

Pour ma part, j'y ai toujours recours conformément aux indications formulées par M. Guyon, et je pense que s'il n'est pas indispensable il constitue au moins un adjuvant utile à conserver.

J'ai pratiqué récemment une taille hypogastrique sans ballon de Peterson et je vous demande la permission de relater en quelques mots cette observation.

Il s'agissait d'un malade de Ville-Évrard atteint de rupture traumatique de l'urèthre. Dès le début, je pratiquai l'incision périnéale selon la technique habituelle.

Quelques temps après, le malade présenta de la rétention d'urine avec symptômes d'infection urinaire. Il me fut impossible de retrouver le bout postérieur de l'urèthre.

Devant agir vite, et ne voulant pas pratiquer la ponction en raison de l'infection urinaire, je me résolus de faire séance tenante la taille hypogastrique qui présente dans ces cas, à mon sens, une de ses nouvelles et meilleures indications.

Je n'avais pas de ballon à ma disposition pour soulever la vessie et il ne m'était pas possible de la distendre. L'opération se fit néanmoins, je dois le dire avec la plus grande facilité ; le temps le plus difficile à été le cathétérisme rétrograde. Donc, on peut à la rigueur se passer du ballon, mais pourquoi s'en passer quand on l'a sous la main.

M. Rollet insiste en terminant sur l'utilité, même dans les cas de cystotomie temporaire, de placer des fils métalliques suturant la vessie à la peau, Selon lui ces fils suppriment le drainage, et le fil supérieur a l'avantage d'empêcher la chute au-devant de l'orifice vésical, du cul-de-sac péritonéal.

II. — *Du frémissement hydatique dans les kystes hydatiques du foie*, par M. le Dr E. Rollet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Rapport par M. PICQUÉ.

L'observation suivante que M. Rollet a également adressée à la Société de chirurgie et sur laquelle vous m'avez chargé de vous présenter un rapport se résume ainsi :

Il s'agit d'un jeune garçon do 13 ans, entré le 28 avril 1895 dans le service de M. Poncet, suppléé par M. Rollet.

L'affection actuelle remonte à environ sept ans, époque à laquelle sa mère remarqua un notable développement de l'abdomen, à droite. Aucun diagnostic ne fut alors posé. Le ventre continua à augmenter de volume, sans donner lieu à aucun trouble de la santé générale, ni au moindre symptôme gastrique.

Quand l'enfant se présenta pour la première fois à l'Hôtel-Dieu, M. Rollet constata l'augmentation énorme du ventre avec prédominence à droite. Le flanc correspondant est effacé et proémine en avant. Il existe un développement très prononcé des veines sous-cutanées.

A la palpation la tumeur, d'un volume considérable, affecte une forme bilobée. Le lobe droit est le plus volumineux. Elle s'étend depuis une ligne qui unirait le septième cartilage costal droit à la onzième vertèbre dorsale jusqu'à deux doigts au-dessus de l'épine iliaque antérieure au niveau d'une ligne horizontale passant par l'ombilic.

Elle s'étend en arrière à droite, presque jusqu'au bord externe du muscle carré des lombes et d'autre part se continue du côté gauche où elle est limitée par une ligne courbe qui, partant de l'ombilic, atteint le rebord des fausses côtes au-dessous du mamelon.

La matité remonte aussi haut à gauche qu'à droite, mais il y a une encoche de la largeur de trois doigts au niveau de l'épigastre.

La masse est lisse à sa surface, renittente, fluctuante, donnant un frémissement hydatique très net.

A l'auscultation on perçoit un bruit absolument musical presque identique, « dit M. Rollet, à celui que donne une grosse corde à violon que l'on ferait vibrer près de sa joue. »

Sur toute l'étendue de la tumeur on trouve à la palpation, une matité hydrique qui n'offre aucune transition avec la sonorité normale des organes voisins, sauf en arrière, du coté de la région lombaire, et à gauche, au niveau des cartilages costaux ou la submatité de l'espace de Traube sert d'intermédiaire.

Malgré les dimensions de la tumeur, son évolution n'a jamais donné lieu à aucune douleur ; quand l'enfant se met à courir, il ressent toutefois un point de côté dans l'hypochondre droit.

L'examen ne provoque aucune sensibilité. Le petit malade s'amuse, dit-il, à tapoter sa tumeur.

L'état général est resté excellent ; les fonctions digestives ne présentent aucun trouble.

Le 29 avril M. Rollet pratique une laparotomie médiane.

Le kyste est incisé : Issue de 5 à 6 litres de liquide eau de roche caractéristique.

La paroi kystique est attirée au dehors et réséquée en partie. Les bords de la solution de continuité sont suturés à la peau.

Il n'existe aucune vésicule et l'examen microscopique ne révèle aucun crochet. Les cultures faites avec le liquide sont restées stériles.

Les suites sont très simples : le 15 juin le malade peut être considéré comme guéri.

Cette observation démontre, après tant d'autres, la simplicité et l'efficacité du traitement des kystes hydatiques du foie par l'incision ; il convient, toutefois, de remarquer que ce kyste appartenait à la catégorie de ceux qui guérissent à la suite de la ponction simple et qui fournissent aux médecins leur argument principal contre l'intervention sanglante.

Mon intention, en faisant cette remarque, n'est nullement de rouvrir la discussion toujours pendante entre les partisans de la ponction et de l'incision ; mais je ne puis m'empêcher de songer, en vous relatant l'observation si intéressante de M. Rollet, aux cas qui m'ont été présentés à Lariboisière par M. Duguet, guéris par la ponction, et qui appartenaient vraisemblablement à cette catégorie.

Pour ma part, j'ai toujours eu recours à la méthode de Landau, comme étant, à mon sens, le seul mode de traitement applicable aux kystes contenant des vésicules, étant donné surtout qu'il est le plus souvent impossible d'en diagnostiquer par avance le contenu.

Je n'ai eu recours à la ponction que dans deux cas que nous avons observés avec M. Duguet.

Dans le premier cas, la guérison s'opéra lentement. Sera-t-elle durable ? Je l'ignore. Dans le deuxième, il fallut recourir secondairement à la laparotomie ; la poche ne contenait pas de vésicules, mais les kystes étaient multiples. La ponction constituait donc, dans ce cas, une méthode impuissante.

Le point réellement intéressant de l'observation de notre collègue de Lyon est l'absence de toute vésicule concordant avec un frémissement hydatique bien nettement constaté.

C'est une nouvelle preuve à l'appui de la théorie de Daraine, soutenue brillamment par notre distingué collègue Segond dans le *Traité de chirurgie*, et d'après laquelle le frémissement hydatique, contrairement à ce qu'avait admis Cruveilher, est dû à la mise en jeu de l'élasticité de la membrane du kyste par le choc et l'ébranlement du liquide qui y est contenu.

La minceur de la paroi, invoquée par quelques-uns, ne semble pas une condition nécessaire à la production du phénomène, car, dans le cas de Rollet, la paroi du kyste présentait exactement 5 millimètres d'épaisseur.

Je rappellerai en terminant que, dans ce cas, il existait, outre le frémissement hydatique perçu au toucher, un bruit musical entendu à l'oreille.

Messieurs. je vous propose :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur ;

2° De déposer ses deux mémoires dans nos Archives ;

3° De l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de la Société de chirurgie.

Discussion.

M. BAZY. — M. Picqué a abordé un certain nombre de questions, je me borne à celles des adhérences de la symphyse. Je n'ai jamais constaté l'adhérence du péritoine à la symphyse, et j'ai toujours pu relever le cul-de-sac péritonéal à la condition de raser la symphyse pubienne.

M. POIRIER. — J'ai pourtant observé deux cas d'adhérences sur un sujet porteur de lésions péritonitiques.

Communication.

Des luxations du nerf cubital,

Par le Dr ED. SCHWARTZ, chirurgien de l'hôpital Cochin, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Ayant eu l'occasion d'observer, il y a trois mois, un fait de déplacement du nerf cubital en avant de l'épitrochlée, nous avons pensé, après vous avoir rapporté l'observation de notre blessé, faire œuvre utile en recherchant les observations analogues, pour attirer l'attention sur cette lésion et en tirer quelques renseignements au point de vue clinique et thérapeutique.

Un jeune homme de 18 ans, ajusteur-mécanicien, nous est adressé en décembre 1895 pour une impotence sérieuse du membre supérieur droit, ayant succédé à un accident survenu le 20 octobre dernier 1895. A cette date, sans d'ailleurs avoir à nous signaler des antécédents héréditaires ou acquis présentant quelqu'intérêt, son bras droit, pendant

qu'il travaillait a été saisi dans un étau limeur en marche; et ce fut exactement la partie inférieure du bras, et même le coude, qui furent serrés d'arrière en avant, si bien que la peau de la région antérieure éclata, occasionnant là une plaie d'une dizaine de centimètres environ qui se cicatrisa d'ailleurs sans incidents. Au moment de l'accident, comme nous le montre le dessin fait par le jeune homme lui-même qui est très intelligent, l'avant-bras était à peu près fléchi à 90° sur le bras; la douleur fut alors peu vive, mais quelques instants après le membre ayant été rapidement dégagé, celui-ci devint pesant et le blessé eut comme la sensation d'un engourdissement général avec picotements et brûlure sur tout le trajet du cubital jusqu'au bout des deux derniers doigts; toutefois ceux-ci n'étaient nullement paralysés et les mouvements de l'articulation du coude purent s'accomplir aussi sans trop de souffrances et de difficultés.

La première nuit fut assez bonne, le lendemain le coude était gouflé en totalité; puis, sous l'influence de pansements antiseptiques et compressifs, le coude étant dans la demi-flexion, la tuméfaction diminua, la plaie guérit, et tout l'appareil fut retiré le 4 novembre, soit un mois après le traumatisme. A cette date, notre jeune mécanicien voulut reprendre ses travaux; il ressentit alors pendant les mouvements du coude un fourmillement dans les deux derniers doigts, et une grande gêne; chaque fois qu'il voulait frapper un coup de marteau, il éprouvait brusquement une sensation douloureuse, aiguë qu'il compare à une commotion électrique lui traversant le bras de haut en bas jusque dans l'éminence hypothénar et le petit doigt, chaque fois aussi, il se rendait compte qu'une corde se déplaçait au niveau du coude, à un endroit qu'il indique parfaitement et qui n'est autre que la gouttière de passage du nerf cubital entre l'olécrâne et l'épitrochlée. En observant de près, il remarqua que la corde se déplaçait exactement quand le bras étant tendu, il fléchissait brusquement l'avant-bras sur le bras. Tout travail lui étant impossible dans ces conditions, il vint nous trouver pour nous prier de remédier à cette situation pénible, à la fin du mois de novembre. Nous trouvons encore le coude légèrement gonflé, et une longue cicatrice linéaire sur la saillie du brachial antérieur au-dessus du coude. Portant notre investigation vers le nerf cubital et sa gouttière, l'avant-bras étant en flexion, nous sentons nettement que la gouttière épithochléo-olécrânienne est vidée; par contre, en avant de l'épitrochlée et un peu en dedans d'elle nous sentons un cordon volumineux, gros comme un fort crayon, se déplaçant latéralement, s'amincissant en haut, comme fusiforme, douloureux à la pression qui donne lieu à des fourmillements dans le territoire du nerf cubital; on arrive, pour peu qu'on étende le bras, à le faire passer de force en arrière de l'épitrochlée; dès qu'on l'abandonne à lui-même, il reprend sa position vicieuse et, même le bras en extension complète, il est très superficiel et très près de la pointe de l'épitrochlée. Il ne pouvait y avoir aucun doute sur la nature de l'organe ainsi déplacé, il s'agissait manifestement du nerf cubital et d'un nerf altéré, atteint de névrite.

Malgré cela, très peu d'atrophie musculaire des muscles de l'avant-

bras et de la main innervés par lui ; aucune zone d'anesthésie ou d'hypéresthésie, aucun trouble trophique.

Pensant qu'au bout de deux mois il n'y avait plus lieu de songer à réintégrer et à maintenir le nerf dans sa loge par la simple position et l'immobilisation, je proposai l'intervention qui avail déjà réussi à notre collègue le professeur Poncet, de Lyon. Le nerf fut mis à nu ; je constatai très nettement sa luxation ; le bras étendu, sous l'anesthésie, il était exactement situé contre la pointe de l'épitrochlée, puis passait en avant dès que l'avant-bras était fléchi sur le bras ; il était gros, gris rosé, renflé au niveau de l'épitrochée pour s'amineir en dessus et en dessous ; la gouttière épitroehléoolécrânienne était vide ; il n'y avait là que du tissu celluleux, rien du côté de l'aponévrose du triceps ; l'aponévrose du cubital antérieur qui recouvre en arrière le nerf n'existait plus. Ne trouvant nulle part de tissu fibreux solide pour constituer un soutien postérieur à la loge, je détaehai un lambeau triangulaire sur l'aponévrose fibreuse et résistante de la masse musculaire épitroehléenne je le renversai en arrière et le suturai, après avoir remis le nerf en plaee, à l'aponévrose du triceps. La peau fut refermée par quelques crins de Florence ; le bras fut mis en flexion et immobilisé. Au bout de huit jours la réunion était parfaite. Depuis le blessé est guéri de sa luxation, mais présente encore des phénomènes douloureux et justieiables de la névrite qui, elle, n'a pas encore complètement cédé malgré les massages et l'électrisation. Aetuellement eneore, quoique notre blessé puisse se servir de son bras et faire tous les mouvements, il ressent encore des douleurs lorsqu'il fléchit les deux derniers doigts fortement dans la paume de la main, eomme si le cubital élongé répondait douloureusement ; il a aussi quelques douleurs au niveau de la partie antérieure du bras dans la cieatrice de rupture.

A l'occasion du fait que je viens de vous rapporter, j'ai recherché dans la littérature médicale les cas analogues. Il n'en existe pas un grand nombre, et c'est à peine si la lésion que je viens de vous signaler est décrite ; nos traités classiques la passent sous silence ; je l'ai trouvée signalée, avec quelques documents à l'appui, dans le *Grand Traité de chirurgie* de Lücke et Billroth. Kölliker (*Maladies chirurgicales des nerfs*, fasc. 23 *bis*, 1890) décrit sommairement les luxations des nerfs et celles du nerf cubital en particulier.

Cependant, le premier fait authentique et bien observé remonte à 1851 ; nous le devons à Blattmann (de Zurich), qui l'a publié dans la *Deutsche Klinik*, Berlin, 1851 [Beobachtung einer dislocation des Nervus ulnaris (*Deutsche Klinik*, n° 41, p. 435 ; 1851)].

Un jeune homme, sautant sur des barres parallèles, ressent, en même temps qu'un craquement, une douleur très vive jusque dans les deux derniers doigts. La douleur persiste longtemps, s'atténue, mais renait à chaque mouvement violent de l'avant-bras.

Blattmann ne le voit que deux mois après l'accident. On sent, au niveau de la gouttière rétro-épitrochléenne et plus superficiellement que le nerf cubital, un cordon fusiforme dont la pression était douloureuse, avec irradiations et fourmillements dans l'annulaire et l'auriculaire ; lorsque le blessé fléchissait l'avant-bras, le cordon passait au-devant de l'épitrochlée ; puis l'on pouvait, pendant l'extension, le réduire et le maintenir dans sa position normale. On recommanda comme traitement le repos absolu, le bras restant dans l'extension, maintenu par un appareil et des compresses graduées ; les douleurs ont continué, tout en s'atténuant, et la flexion ne peut dépasser l'angle droit. Il existait, il nous semble, des signes de névrite se traduisant par des souffrances vives qui se produisent toujours à la suite d'essais de tension trop violents du nerf dans sa gouttière.

En 1880, Zukerkandl avait rapporté un cas de luxation dite habituelle, le nerf cubital sortant de la gouttière pendant la flexion pour y rentrer par l'extension ; il existait de ce chef une fatigue très grande pendant les mouvements du membre supérieur.

Nous avons lu le mémoire de Zuckerkandl [über das Gleiten des Ulnarnerven auf die volare Seite der Epicondylus internus, während der Flexion im Elenbogeen-gelenke (*Striken Medizinische Jahrbücher*, p. 135 ; 1880)].

L'auteur y étudie, en effet, un cas de déplacement habituel, d'où était résulté une impotence fonctionnelle manifeste du membre atteint. Il a observé un second cas analogue ; cette fois le patient ne se plaignait que très peu, cela parce qu'il n'était pas obligé de se livrer à un travail aussi fatigant que le précédent. Il dit avoir trouvé deux fois sur le cadavre une mobilité anormale du nerf cubital. Une fois, elle était bilatérale ; une autre fois, elle était unilatérale, et il y avait eu manifestement une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus qui avait déformé le bras de telle sorte que l'avant-bras et le bras formaient, pendant l'extension complète, un angle ouvert en dedans, le contraire de la disposition normale. Zukerkandl insiste sur le rôle du triceps pour produire la luxation et sur l'atrophie de l'épitrochlée. D'après lui, le triceps, en se contractant, chasserait de sa loge le nerf cubital dont les moyens de contention auraient été rompus ou seraient peu développés. C'est l'opinion que va développer tout à l'heure Raymonenc.

Kölliker cite, outre le mémoire de Zuckerkandl, un travail de Walb, lu à la Société de médecine du Bas-Rhin en 1875, que nous n'avons pu encore nous procurer, sur une lésion spéciale du nerf cubital, puis un fait de Felkin [Case of dislocation of the ulnar nerve, etc. (*Edinburg med. Journal,* t. XXXIII, 1re partie, p. 14 ; 1887)].

Dans ce dernier, il s'agissait d'une femme de 21 ans, qui fit une chute sur le coude droit, le 12 janvier 1886. L'on constata l'existence de douleurs très vives dans le coude, dans le petit doigt et l'annulaire qui sont en flexion forcée. A l'examen, l'avant-bras est fléchi à 90°; le coude est gonflé, néanmoins on sent le long de la face interne du bras au-dessus de l'épitrochlée une corde tendue et douloureuse; en la pressant contre la saillie osseuse la blessée ressent une douleur très vive avec picotements et fourmillements dans l'annulaire et le petit doigt. Le nerf se laisse réduire, reste réduit ; on applique un appareil pour le maintenir en bonne position. L'appareil est levé au bout d'un mois; le cordon se déplace de nouveau; on le réduit et on le maintient encore une quinzaine. A partir de ce moment il ne se déplace plus. La blessée, revue presque un an après, est en excellent état et apprend à jouer du violon.

Un des premiers faits connus en France a été celui qu'a communiqué notre collègue et ami le Dr Poncet (de Lyon) à l'Académie de médecine (mars 1888).

Un jeune garçon de 15 ans fit, à l'âge de 10 ans, une chute de cheval et tomba sur le coude droit. Il fut soumis aux manœuvres d'un rebouteur, puis l'articulation fut immobilisée pendant quinze jours. Pendant près de cinq ans, l'enfant ne souffrit pas du coude et put s'en servir comme par le passé. Il y a deux mois, à la suite d'un exercice violent, le jeune garçon, qui avait lancé dans la journée un grand nombre de boules de neige, éprouva des douleurs et des fourmillements dans le petit doigt et l'annulaire de la main droite ; en même temps il avait une gêne fonctionnelle notable, et depuis il n'a pu reprendre ses occupations d'écolier; lorsqu'il appuie, en effet, l'avant-bras sur la table, pour écrire, il ressent des douleurs, des picotements dans les deux derniers doigts de la main.

Quand Poncet examina l'enfant, il constata un certain degré de déformation du coude. L'extrémité inférieure du coude était hypérostosée dans la partie externe; l'épicondyle, difficilement reconnaissable, faisait corps avec la masse osseuse. L'épitrochlée, que l'on trouvait aisément, était cependant un peu moins saillante que du côté sain. L'humérus et le cubitus ne présentent aucune déformation. Quant à la tête du radius, plus saillante qu'à l'état normal, elle paraît subluxée en dehors. Si l'on tient compte de l'augmentation de 1 centimètre du diamètre transverse de l'extrémité inférieure de l'humérus droit, on doit admettre une ancienne fracture passant probablement par le condyle huméral avec arthrite traumatique consécutive.

L'on constata en même temps sous la peau, à 15-20 millimètres de la pointe de l'épitrochée, la présence du nerf cubital, qu'on

déplaçait sous le doigt, et alors l'enfant accusait la sensation caractéristique. Le 16 février, Poncet pratiqua directement sur le nerf déplacé, au niveau de l'articulation, une incision de 5 centimètres. Le nerf reconnu, il se porta vers l'épitrochlée et constata son absence. Il incisa alors avec un bistouri à courte lame les tissus fibropériostiques rétro-épitrochléens, avec le détache-tendon détacha du squelette chaque lèvre de l'incision profonde, creusant ainsi une gouttière ostéofibreuse pour recevoir le nerf déplacé. Le cubital fut alors ramené derrière l'épitrochlée et maintenu en place par trois points de catgut ; par-dessus l'on réunit les lèvres de la plaie fibropériostique. Réunion des bords de la peau par quatre points de suture ; immobilisation. Il y eut réunion par première intention ; le nerf ne se déplace plus, quels que soient les mouvements du membre supérieur droit. Le blessé a été revu guéri deux ans et demi après son opération.

Annequin (*Archives de médecine et de pharmacie militaires,* p. 432 ; juin 1890) rapporte le cas suivant :

Un soldat, en s'élançant à la barre d'un trapèze, manque son but et fait une chute dans laquelle la partie antéro-interne du coude et de l'avant-bras gauche a touché le sol la première. Douleur immédiate dans les deux derniers doigts suivie de fourmillements et d'anesthésie presque complète. Le dixième jour, on constate *une paralysie incomplète* de la motilité et de la sensibilité limitée à tout le domaine du nerf cubital. Sur le côté interne du coude était un cordon sous-cutané, dur, peu tendu, dont la pression déterminait des douleurs dans les deux derniers doigts. On ramène ce cordon qui était le nerf cubital dans sa gouttière et on immobilise le bras à angle droit dans un appareil plâtré après avoir appliqué un bon tampon ouaté pour maintenir la réduction. Amélioration des lésions fonctionnelles ; au bout de 20 jours, tous les accidents avaient disparu. L'appareil fut laissé en place 27 jours ; lorsqu'on l'enleva, la luxation se reproduisit dès qu'on voulut faire la flexion du coude.

Comme il y avait 36 jours depuis l'accident, Annequin proposa une intervention. Une incision, faite au niveau de la région épitrochléenne, montre que l'arcade fibreuse du cubital antérieur et l'aponévrose qui ferme la gouttière en arrière faisaient défaut ; l'aponévrose brachiale était celluleuse et peu résistante ; le triceps ne présente aucune anomalie. On tailla un lambeau fibreux dans les tissus épitrochléens interne et externe qu'on ramène par-dessus le nerf relogé dans sa gouttière. On excisa une partie du vaste interne qui semblait s'opposer au séjour du nerf à sa place normale. Le coude fut immobilisé à angle droit pendant 23 jours. Le blessé, revu un an après, ne présentait aucune gêne et avait la même vigueur qu'avant.

Raymonencq, dans une thèse intéressante sur les luxations du

nerf cubital (Lyon, 1890-1891), rassemble les faits de Blattmann, de Poncet, d'Annequin, auxquels il ajoute encore un cas inédit de Poncet et un cas de Lutz qu'il ne fait que citer.

Celui de Poncet concerne une malade de 26 ans, tuberculeuse, très maigre, qui éprouvait assez souvent, surtout pendant la nuit, des fourmillements, de l'engourdissement dans les deux derniers doigts; elle sentait en même temps que, pendant les mouvements du coude, une corde se déplaçait à la partie interne du bras.

Poncet trouva une luxation habituelle du cubital, le nerf passant au-devant de l'épitrochlée par les mouvements de flexion pour revenir à sa place normale, quand le bras est étendu. On ne parla d'aucune intervention.

Le fait de Lutz (*Saint-Louis Med. Gaz.*, 1879, t. XXXVIII, p. 550) concerne aussi une luxation habituelle.

C'était chez un homme de 38 ans qui, sans traumatisme antécédent, constatait l'existence de fourmillements et de raideur dans le petit doig et l'annulaire pendant son travail qui l'obligeait à des mouvements de flexion répétés de l'avant-bras sur le bras. Tout disparaissait quand il se reposait. Lutz constata la luxation du cubital en avant de l'épitrochlée et sa réduction spontanée par l'extension. La thèse de Raymonene contient un certain nombre de considérations sur le mécanisme sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir.

En 1893, Plicque (*Gazette des hôpitaux*, p. 1053, 1893) a publié un cas de déplacement du nerf cubital en avant de l'épitrochlée, à la suite d'une simple contusion du coude.

Un chauffeur de la Compagnie du Nord se contusionna la partie interne du coude sur le tranchant d'une barre placée dans le fourgon. Il ressentit aussitôt un engourdissement de la main qui prit une teinte violacée. Il ne vint consulter que deux jours après; il a été obligé d'interrompre son travail parce que, souffrant très peu au repos, il a des douleurs très vives au moindre mouvement du coude; il attire lui-même l'attention sur un cordon très douloureux qui se tend à la partie antéro-interne du bras pendant les mouvements, on le sent sous les doigts en avant de l'épitrochée et sa compression amène des fourmillements dans les deux derniers doigts de la main. Ce cordon, qui n'est autre que le nerf cubital, peut être réduit facilement dans sa gouttière quand le coude est en demi-extension. Dès qu'on le fléchit, il repasse en avant de l'épitrochlée. On fait au blessé un massage, on réduit le nerf et on immobilise le bras sous un appareil ouaté en extension complète. On s'aperçut, en levant l'appareil au bout de huit jours, que le déplacement se reproduisait encore; on fit une nouvelle immobilisation et compression et, au bout de 18 jours, la guérison était complète.

Telles sont les observations, au nombre de dix, que nous avons

pu recueillir et que nous pouvons classer en deux catégories; dans l'une, nous rangerons les cas de *luxations dites habituelles*, tel un des faits de Poncet, tel encore celui de Lutz, un de Zukerkandl.

Il s'agit de sujets chez lesquels on observe une mobilité anormale du cordon nerveux, sortant et rentrant alternativement dans sa gouttière, par suite des mouvements de flexion et d'extension du coude. Au point de vue fonctionnel, le membre se fatigue vite, les douleurs sont pour ainsi dire nulles, et tout dépend de la quantité de travail manuel qu'a à fournir l'individu atteint.

Dans la seconde catégorie se placent les faits de déplacement traumatique, sur lesquels nous insisterons surtout.

A la suite d'un traumatisme direct du coude, contusion, entorse, fracture, ou à la suite d'une violente contraction musculaire, comme dans le cas de Blattmann, ceux de Poncet et Annequin, on s'aperçoit que le nerf cubital a quitté sa place habituelle et est venu se loger, soit en dedans, soit en avant de l'épitrochlée.

Il y reste, que le bras se fléchisse ou s'étende ; généralement, on peut le réduire pendant l'extension derrière la saillie épitrochléenne, mais dès qu'on l'abandonne à lui-même, il ressaute par-dessus l'apophyse et revient, surtout pendant un mouvement de flexion, réoccuper sa situation anormale. Dans notre cas, le nerf se déplaçait à chaque mouvement du coude, gagnant pendant l'extension le sommet de l'épitrochlée pour se rejeter à sa partie antérieure dès que l'avant-bras se fléchissait.

On sent au niveau de la face antéro-interne du coude une corde plus ou moins tendue, roulant sous le doigt, douloureuse à la pression, qui détermine des fourmillements, des picotements, de l'engourdissement de la main, et surtout des deux derniers doigts; quand le blessé fait des mouvements de flexion et que le nerf se déplace, il ressent, comme le nôtre, des commotions douloureuses, comme électriques; d'autres fois, ce sont des douleurs lancinantes, fulgurantes; d'autres fois encore, le nerf est douloureux le long de tout son trajet antibrachial; les fonctions du membre supérieur sont absolument troublées, il est impossible au patient de se livrer à des occupations un peu pénibles; le blessé d'Annequin présentait des symptômes de paralysie des muscles innervés par le nerf. La lecture des observations nous renseignera d'ailleurs mieux que nous ne pourrions le faire. Tantôt le nerf déplacé garde son aspect et son volume normal, tantôt, au contraire, il paraît plus volumineux, comme fusiforme, et alors aussi il semble que les manifestations douloureuses soient plus intenses et que le pronostic doive être plus réservé, même lorsque le déplacement sera et restera définitivement réduit; c'est que le nerf est atteint de névrite. C'est le fait de notre blessé, peut-être de celui de Blattmann.

Annequin, puis Raymonencq ont fait des expériences sur le mécanisme de la production de la luxation du nerf cubital. Celle-ci est due à la rupture des tissus fibreux qui retiennent le nerf dans sa loge ; Raymonencq a constaté, que moins la gouttière rétroépitrochléenne était profonde, et plus le triceps brachial était volumineux et fort, et plus le déplacement se produisait facilement.

D'après lui, le triceps, par sa contraction brusque, refoule en dedans le nerf tendu comme sur une poulie ; quand l'avant-bras se fléchit, les deux parties inférieure et supérieure du cubital sont en dedans, tandis que la partie moyenne forme le sommet d'un angle dirigé en dehors ; il en résulte une traction sur cette partie moyenne qui tend à l'amener en avant et en dehors.

Malheureusement, il manque aux expériences de Raymonencq le point le plus important, la contractilité musculaire. C'est sur des cadavres qu'elles ont été faites.

La contraction brusque du triceps paraît avoir agi dans le cas de Blattmann ; dans celui de Poncet, celui d'Annequin. Dans notre cas, le mécanisme paraît avoir été tout autre. L'étau, en saisissant chez notre jeune patient la partie inférieure du bras, a refoulé, en tirant sur les téguments, toutes les parties molles de la loge postérieure, il semble, pour ainsi dire, que le nerf ait été comme énucléé de sa loge, repoussé probablement par les muscles et les autres tissus de la région.

Comme causes prédisposantes, nous devons signaler la petitesse et l'atrophie de l'épitrochlée qu'avait déjà notées Zukerkandl ; dans le cas de Poncet, il y avait une fracture ancienne de l'humérus, vicieusement consolidée.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur ces faits dont l'étude doit être reprise par un de nos élèves, et cela très prochainement.

Le pronostic de la luxation traumatique du nerf cubital doit être réservé, étant donné qu'une névrite peut venir compliquer la situation ; plus le traumatisme sera récent et plus il sera favorable.

Le traitement variera suivant les circonstances.

Lorsque le traumatisme est récent, on tentera la réduction du nerf et son maintien, le bras étant en extension ; on imitera la conduite de Plicque, qui a guéri son blessé au bout de dix-huit jours ; mais l'appareil devra rester au moins en place pendant un mois, comme le montrent les faits de Felkin et d'Annequin. L'on s'assurera, à sa levée, que la luxation ne se reproduit pas.

Lorsque celle-ci se reproduit, ou que le traumatisme est déjà ancien et qu'il est difficile de maintenir le nerf réduit dans sa loge, plus ou moins oblitérée, une intervention sanglante est seule indiquée, on devra la conduire comme dans les faits de Poncet, Annequin et dans le nôtre. Mise à nu du nerf, réfection de la gouttière

rétroépitrochléenne, constitution d'un arrêt postérieur reformant la loge aux dépens des tissus fibreux de la région, après avoir réintégré le nerf cubital à sa place. Ne compter que sur une lente disparition des accidents douloureux, si le nerf a été atteint de névrite.

Discussion.

M. Quénu. M. Schwartz a eu raison d'insister dans son très intéressant mémoire, sur l'importance de la névrite dans les luxations traumatiques du nerf cubital. Qu'il y ait eu plaie, comme dans son observation, ou qu'il y ait eu simple entorse avec déchirures ligamenteuses et musculaires, le fait important est toujours la blessure du tronc nerveux; aussi les accidents ultérieurs seront-ils moins dus à la situation anormale du nerf qu'à la névrite; la preuve en est que le déplacement étant corrigé et désormais rendu impossible par une opération, les phénomènes douloureux persistent malgré tout; par l'opération on s'adresse, non au facteur névrite, mais au facteur déplacement; les résultats devraient être fatalement incomplets. J'accorde cependant qu'il peut y avoir intérêt à ce qu'un nerf enflammé soit plutôt mis à l'abri au fond d'une gouttière que de rester exposé aux chocs et aux froissements continuels; je ne suis donc pas, en principe, opposé à l'intervention, bien que faisant à ce sujet quelques réserves. Je les fais d'autant plus que dans la luxation que Zukerkandl appelle habituelle et que j'appellerai plutôt *congénitale*, l'élément douloureux devient infiniment peu accentué et parfois complètement nul.

C'est ainsi que j'ai observé, il y a peu de jours, sur un de mes anciens internes, une luxation congénitale double du nerf cubital, sans qu'il en résulte pour le porteur aucune gêne et aucune souffrance. Lorsque l'avant-bras se fléchit, le nerf passe en avant de l'épitrochlée et souvent y reste après l'extension; il suffit alors d'une légère pression pour le remettre en place. Ai-je besoin d'ajouter que mon élève, aide très habile et non gêné dans ses mouvements, ne songe en aucune manière à recourir à la chirurgie.

M. Delorme. — J'ai observé quelques cas de luxations du nerf cubital à la suite de luxations du coude sans plaie; les troubles consécutifs ont été si légers que les hommes ont pu rapidement reprendre leur service.

M. Poirier. — Je pense aussi que la névrite interstitielle dont souffre le malade de M. Schwartz provient bien plus de de l'attrition subie par le nerf que du déplacement et des frottements.

Quant au mécanisme, je ne puis admettre celui qu'invoque, avec Zukerkandl, mon collègue et ami Schwartz. Les luxations sponta-

nées ou congénitales, comme vient de les appeler Quénu, sont évidemment sous la dépendance d'une conformation particulière de la région, en particulier de l'épitrochlée. Cette saillie se présente sous deux aspects différents : tantôt elle est fort développée et présente à sa partie postérieure une gouttière verticale peu profonde, répondant au frottement du nerf cubital; avec une telle conformation, la luxation spontanée est difficile. Tantôt, au contraire, le développement de l'épitrochlée est moindre, la saillie est moins marquée et sa face postérieure plus étroite, offre un plan incliné sur lequel le nerf cubital a tendance à glisser, quand la flexion le tend sur le sommet de l'angle huméro-cubital; avec cette conformation, la luxation spontanée est possible et la luxation traumatique devient plus facile.

Pour expliquer la luxation traumatique, en dehors des cas de fracture de l'épitrochlée, il faut se souvenir que le muscle cubital antérieur forme un demi-anneau fibreux autour du nerf cubital. Que, dans un traumatisme du coude, les insertions du cubital soient détruites en totalité ou en partie, comme dans le cas de Schwartz, et le nerf pourra sortir de sa gouttière épitrochléo-olécranienne dans la flexion extrême, bien entendu.

Je m'avoue impuissant à comprendre comment le développement du triceps peut chasser le nerf de sa gouttière ; si ce mécanisme était valable, la luxation se ferait dans l'extension, ce qui n'est pas l'ordinaire.

M. Th. Anger. — La communication très intéressante que vient de nous faire notre collègue, M. Schwartz, m'engage à lui soumettre mon propre cas, que je vous demande la permission de vous exposer en quelques mots.

Au mois d'avril 1882, je passais en coupé dans une rue étroite. Un camion à roues basses venait à ma rencontre et le coupé se trouva pris entre le trottoir et les roues du camion. Mon cheval, très vigoureux, trottait, et je me rendis immédiatement compte du danger. En effet, les roues du coupé montèrent sur le moyeu des roues très basses du camion, et cheval et voiture furent versés sur le trottoir. J'étendis le bras droit pour me recevoir et, lorsque le coupé toucha terre, ce bras était maintenu dans une demi-flexion forcée, la main droite appuyant sur le côté de la voiture.

La vitesse acquise par le reste du corps imprima un mouvement de rotation à l'articulation du coude et j'eus immédiatement le sentiment que j'avais une luxation du coude.

On me retira du coupé à travers la glace qui était baissée, et j'entrai chez un serrurier qui se trouvait vis-à-vis du lieu de l'accident. Sentant que j'allais perdre connaissance, je m'étendis tout

de mon long sur le sol et, quelques minutes après, je pus me relever et rentrer chez moi.

Ce même jour avait lieu le banquet de l'internat. J'envoyai chercher un de mes amis, le Dr Turgis, de Falaise, à qui j'avais promis de l'accompagner au festin. Mon collègue reconnut une luxation du coude en arrière et essaya de la réduire.

Pour ne pas prolonger des tentatives inutiles et douloureuses, je l'engageai à la réduire par une traction douce avec le caoutchouc. Au bout de dix minutes d'extension, les os reprirent leur place, mais je me souviens parfaitement que la flexion complète du coude était impossible et très douloureuse. Le bras fut mis dans un appareil plâtré et y resta une dizaine de jours.

Lorsque le plâtre fut enlevé, les mouvements moyens de l'articulation étaient faciles et non douloureux. Mais la flexion au-dessus de l'angle droit provoquait immédiatement une sensation douloureuse dans le petit doigt et la moitié de l'annulaire. Depuis quatorze ans, ces sensations n'ont pas cessé ; j'ai toujours un sentiment de fourmillement dans le petit doigt et l'annulaire, même dans la demi-flexion.

Aussitôt que je veux forcer la flexion, j'éprouve comme une décharge douloureuse dans le petit doigt et l'annulaire, et des picotements comme si l'on enfonçait des milliers d'aiguilles dans la peau. Le nerf cubital est donc intéressé, et si bien intéressé que j'ai une atrophie notable des muscles interosseux et que l'écartement des doigts est sensiblement moindre à droite qu'à gauche.

Du côté du coude, les os sont en place ; mais on sent parfaitement le nerf cubital sous la peau, non pas en avant, mais immédiatement en arrière de l'épitrochlée, à peu près au même niveau. Le tronc nerveux ne paraît pas notablement hypertrophié, mais la moindre pression détermine des élancements douloureux dans le petit doigt et l'annulaire.

Le mécanisme qui a amené la luxation dans mon cas est tout à fait celui qu'indique Malgaigne : bras maintenu dans une demi-flexion et rotation ou torsion en dedans, qui rompt le ligament latéral interne et entraîne le bec olécranien en arrière de la trochlée humérale.

M. Schwartz a, je crois, parlé d'un état névromateux du nerf cubital luxé ; je pense que la luxation du nerf cubital suffit à expliquer l'état pénible plutôt que douloureux que j'éprouve dans le territoire sensibilisé par le nerf cubital. Sans doute cette sensation ne disparaît pas complètement, quelque soit le degré de flexion de l'avant-bras ; mais je ne constate aucune induration, aucune modusité du nerf cubital au niveau de la luxation. Il me semble que dans les mouvements de flexion le nerf est comprimé par

l'épitrochlée, comme il le serait par la pression directe à l'aide du doigt. Dans les deux cas, la sensation est la même.

Je termine en priant notre collègue d'examiner mon bras : s'il juge qu'une intervention puisse améliorer les mouvements, je le confierai volontiers à ses soins, aussi amicaux qu'éclairés.

M. Schwartz. — Je suis heureux que M. Quénu ait insisté sur la névrite, c'est là évidemment un fait capital; je n'ai pas pensé, comme me le fait dire M. Poirier, que cette névrite fût attribuable aux frottements mais au traumatisme primitif.

Le mécanisme est plus difficile à élucider; il y a plusieurs temps dans la production de ces luxations, je ne puis que renvoyer aux détails contenus dans mon mémoire et exposés déjà par Raymoneucq ; chez mon malade, il n'était pas possible de songer à aucune de ces pathogénies, son bras a été serré dans l'étau, il semble que le nerf ait été énucléé pour ainsi dire par la constriction de l'étau.

M. Témoin fait une communication intitulée : *Ablation des fibromes utérins par la voie abdominale avec conservation partielle ou totale de l'utérus.*

(Renvoyée à une commission composée de MM. Brun, Chaput et Routier, rapporteur).

Présentations de malades.

1° *Luxation ancienne de l'épaule.*

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade de 55 ans, qui est entrée dans mon service pour une luxation sous-coracoïdienne de l'épaule droite, datant de deux mois et demi.

La malade fut endormie et la luxation fut réduite avec les mouffles avec l'appareil de M. Hennequin, qui voulut bien me prêter son concours.

Voici deux ans et demi que la réduction a eu lieu. Vous pouvez voir que les mouvements, tout en n'étant pas complètement revenus dans l'épaule, sont très étendus; il s'en passe beaucoup dans l'articulation sapulo-humérale ; il existe certainement des mouvements supplémentaires dans les articulations de la clavicule de l'omoplate et du sternum.

En somme, le résultat est très satisfaisant.

2° *Arthrotomie pour une luxation intracoracoïdienne de l'humérus, compliquée de fracture de l'extrémité supérieure de cet os.*

M. Berger présente un malade auquel il a fait une arthrotomie pour luxation et ajoute les observations suivantes sur son cas :

Ce malade, mécanicien au chemin de fer d'Orléans, avait été atteint d'un violent traumatisme de l'épaule, dans un tamponnement, une dizaine de jours avant son entrée à l'hôpital. M. Segond, appelé à l'examiner, avait constaté l'existence d'une luxation de la tête humérale avec fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus ; il avait fait, séance tenante, une tentative de réduction sous le chloroforme, mais sans succès, et il m'avait adressé le blessé à l'hôpital de la Pitié.

La luxation était intracoracoïdienne et la tête humérale avait pénétré très loin sous le grand pectoral; elle était absolument fixe et ne pouvait être atteinte par les doigts portés dans l'aisselle, la fracture siégeait entre le col chirurgical et l'empreinte deltoïdienne, à la partie supérieure de la diaphyse plutôt qu'au col chirurgical de l'humérus. Les deux fragments étaient au contact et formaient un angle obtus.

Le seizième jour après l'accident, sans revenir sur les tentatives de réduction, je pratiquai l'arthrotomie. Le deltoïde fut incisé au niveau du bord antérieur de la cavité glénoïde : au-dessous de lui je trouvai la capsule articulaire, fortement tendue entre la tête humérale et la cavité glénoïde; je l'incisai largement et je pus constater que cette cavité était libre d'adhérences et qu'en suivant la capsule on pouvait atteindre la tête humérale. Tous les efforts pour mobiliser celle-ci avec des élévations ou des crochets passés sous le col restèrent infructueux. Il me fallut la saisir par les tubérosités avec un davier tarabent et l'attirer de toutes mes forces, en avant d'abord, puis en dehors pour la désenclaver et la ramener dans la cavité glénoïde. Quand elle eut repris sa place, je suturai la capsule sur toute l'étendue du bord antérieur de la cavité glénoïde pour m'opposer à un déplacement secondaire, je saturai également le deltoïde, puis les téguments en laissant un drainage. Les fragments huméraux étant au contact, il ne me parut pas nécessaire de les unir par une suture osseuse; le membre fut placé dans un appareil Hennequin qui fut laissé quatre semaines.

Au bout de ce temps la consolidation était complète; le fragment supérieur faisait avec l'inférieur un angle peu accusé dirigé en dehors. Mais, malgré les massages, l'électrisation, la gymnastique articulaire employés avec persévérance, nous eûmes toutes les peines du monde à rétablir les mouvements dans l'articulation scapulo-humérale, et actuellement encore, trois mois après l'opération, quoique le fonctionnement du membre soit assez satisfaisant en apparence, que le blessé puisse mettre sa main sur la tête et porter le coude à la hauteur de l'épaule, on peut constater que ces mouvements sont dus en parti à la suppléance qui s'est établie entre l'omostate et le tronc.

Ce cas est, somme toute, favorable à l'emploi de l'arthrotomie dans la réduction des luxations irréductibles de l'épaule, compliquées de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. Il faut remarquer que si la mobilité articulaire est restée limitée, cela tient peut-être en partie à l'âge du sujet, qui a notablement dépassé la cinquantaine. Peut-être aussi la suture de la capsule articulaire à laquelle j'ai eu recours y est-elle pour quelque chose, mais celle-ci m'avait paru nécessaire pour empêcher la production d'un déplacement secondaire.

Il ne pouvait être ici question de pratiquer la résection de la tête humérale luxée : le fragment supérieur de l'humérus qu'il eût fallu enlever était trop considérable (la fracture siégeait un peu au-dessus de l'empreinte deltoïdienne) et la résection de ce fragment eût laissé un raccourcissement énorme et probablement un membre ballant.

3° *Luxation traumatique du radius droit.*

M. Chevassus présente un malade atteint de luxation traumatique de l'extrémité supérieure du radius droit (M. Schwartz, rapporteur).

Présentation de pièces.

Appendice enlevé à froid.

M. P. Reynier. — Je présente à la Société un appendice que j'ai enlevé à froid, il y a quatre jours, dans les circonstances suivantes :

Il s'agissait d'un homme de 28 ans qui entrait dans mon service le 28 décembre dernier, c'est-à-dire il y a plus de deux mois, avec un aspect péritonéal très prononcé, facies pâle, tiré; vomissements porracés incessants, hoquet, aucune émission de gaz par l'anus, pouls petit, filiforme, et température basse.

Le ventre était ballonné et présentait, dans la *fosse iliaque gauche*, une tuméfaction au sujet de laquelle, à la palpation, on avait une sensation élastique, qui pouvait faire porter le diagnostic d'une collection purulente.

Il était malade depuis cinq jours. Il avait été pris subitement de douleurs dans la fosse iliaque droite, qui s'étaient irradiées du côté gauche. — Devant ces commémoratifs le diagnostic fut porté d'appendicité.

La collection paraissant siéger surtout à gauche, nous fîmes dans le point qui nous paraissait le plus saillant dans la fosse iliaque gauche, à 3 centimètres au-dessus de l'arcade crurale, une incision parallèle à

cette arcade. Cette incision fut faite après anesthésie à la cocaïne, l'état du malade ne paraissant pas permettre l'anesthésie chloroformique. Cette incision donna écoulement à une énorme quantité de pus.

Nous reportant à notre diagnostic, nous crûmes alors devoir explorer la région cæcale. Nous fîmes une incision après anesthésie à la cocaïne, dans la fosse iliaque droite. Cette incision nous amena sur l'ampoule cæcale. De cette ampoule nous pûmes voir l'appendice partir, et le diriger vers la ligne médiane, pour aller adhérer au péritoine pariétal, sur cette ligne à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Toute la région cæcale était vascularisée, mais ne contenait pas de pus; il était évident que l'extrémité de l'appendice se trouvait dans les adhérences qui limitaient sur la ligne médiane la collection enkystée que j'avais ouverte à gauche. Dans ces conditions je crus devoir ne pas essayer de l'enlever, de peur d'ouvrir ce qui limitait l'abcès, de faire communiquer celui-ci avec le reste de la cavité péritonéale, et de la contaminer. Je refermai donc en me contentant d'un drainage à la gaze iodoformée.

Dès le lendemain le malade allait mieux; peu à peu la suppuration diminuait, et ces deux incisions se cicatrisaient.

Mais deux mois après cette intervention le malade accusait toujours des douleurs, partant de la ligne médiane, que je crus devoir rattacher au tiraillement de l'appendice ainsi posé.

Je crus donc devoir intervenir de nouveau et aller enlever l'appendice à froid. Je rouvris mon incision du côté droit.

A ma grande surprise, je trouvai mon appendice détaché de son adhérence pariétale, nullement adhérent, et, l'amenant au dehors, j'hésitai un moment à l'enlever, car il ne me paraissait pas augmenté de volume, et sain, tout au moins en ne voyant que l'aspect extérieur.

Je crus toutefois devoir l'enlever. En le fendant je trouvai dans son intérieur deux petits amas de matière fécale molle, bouchant la lumière de l'appendice; à ce niveau existent des petites ulcérations de la muqueuse. Mais je ne trouve aucune trace de perforation de l'appendice.

Je pense donc que devant ces lésions, on est en droit d'admettre que ce cas vient à l'appui des idées soutenues en premier par M. Talamon, puis dernièrement par M. Dieulafoy.

Ces auteurs ont, en effet, montré que l'oblitération de la lumière de l'appendice est la cause de la formation d'un foyer d'infection dont les principaux agents microbiens sont le colibacille ou le streptocoque.

L'infection peut se faire vers le péritoine, sans que les parois de celui-ci soient fatalement perforées.

Malgré cette absence de perforation, on peut voir éclater, soit par propagation par les lymphatiques, soit par filtration des matières septiques, toutes les variétés de péritonite, jusqu'aux abcès péritonéaux à distance, comme nous l'avons constaté dans notre cas.

Discussion.

M. Quénu. — Vous ne pouvez tirer aucune conclusion de votre pièce sans en avoir fait l'examen histologique. J'ai insisté le premier, il y a plusieurs années, ici même, sur l'existence de petites ulcérations microscopiques, siégeant principalement au niveau des follicules clos et pouvant devenir le point de départ, soit de perforations, soit de lymphangites.

M. Brun. — Je partage absolument l'opinion de mon collègue, M. Quénu, et je crois que l'observation de M. Reynier ne suffit pas à confirmer l'opinion de Talamon sur le rôle des boulettes fécales dans la pathogénie de l'appendicite. Ces boulettes fécales font, en effet, souvent défaut. Sur onze cas de résections appendiculaires pratiquées en dehors des crises aiguës, trois fois seulement j'en ai rencontré. Dans mes huit autres cas, il existait des lésions diverses des parois de l'appendice, et surtout de sa muqueuse, mais il n'y avait pas trace de corps étrangers.

M. Reynier. — Je répondrai à MM. Quénu et Brun que je suis absolument de leur avis. J'admets très volontiers la voie lymphathique pour expliquer ces abcès. Je reconnais que l'altération de la muqueuse, comme je l'ai d'ailleurs signalée dans mon observation, existe, et que cela suffit pour justifier l'ablation de cet appendice. Je crois, toutefois, qu'il est bon de publier des cas comme celui-ci, qui montrent qu'il ne faut pas trop se fier à l'aspect extérieur des appendices, qui paraissent sains à première vue et qui sont cependant la cause d'accidents très graves.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Quénu.

Séance du 11 mars 1896.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. G. Marchant, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de remerciements de M. le Dr Murphy (de Chicago) ;

4° Une lettre de M. Allain Le Canu, président du comité pour l'érection d'un monument à Quesnay, et invitant la Société de chirurgie à y souscrire.

Communication.

Luxation du nerf cubital consécutive à un violent mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras. Absence de troubles fonctionnels. Pas d'intervention,

Par M. JALAGUIER.

M. X..., 40 ans, rhumatisant et neurasthénique, faisait depuis plusieurs années des exercices quotidiens avec des haltères sans avoir jamais ressenti aucune douleur au niveau du coude. Le 15 juillet 1893, se trouvant à Royat, il exécuta un violent mouvement d'*extension* du bras gauche pour frapper un arbre avec le bout de sa canne ; il perçut un craquement dans le coude gauche et ressentit une douleur vive qui persista plusieurs heures, en diminuant d'intensité sous l'influence de frictions. Le lendemain, il souffrait encore un peu ; en examinant la région douloureuse dans son bain, il s'aperçut que quelque chose se déplaçait au côté interne de son coude pendant les mouvements de flexion et d'extension.

Assez inquiet, il consulta un médecin qui lui dit que c'était « un tendon déplacé ».

Quelques jours plus tard, le phénomène se reproduisant toujours, il se rendit à Clermont pour consulter mon excellent ami, le professeur Bousquet. Celui-ci n'hésita pas à diagnostiquer une luxation du nerf cubital et à conseiller une intervention.

Rentré à Paris, M. X... vint me voir au commencement d'août 1893. Le diagnostic de luxation du nerf cubital était évident. Dès que l'avant-bras, dans le mouvement de flexion, approchait de l'angle droit, on voyait et on sentait le nerf cubital, gros comme une plume d'oie, qui se déplaçait d'arrière en avant pour passer sur l'épitrochlée et se placer en avant de cette apophyse. Le nerf se réduisait de lui-même par l'extension de l'avant-bras, mais le déplacement se reproduisait à chaque mouvement de flexion et le patient éprouvait la sensation d'un ressaut assez pénible. L'étendue du nerf déplacé mesurait environ 6 centimètres : 4 centimètres au-dessus et 2 au-dessous du sommet de l'épitrochlée. Le nerf ne paraissait pas augmenté de volume, il était régulier et nullement douloureux à une pression modérée. Il n'existait aucun trouble de la sensibilité ou de la mobilité du côté de la main.

M. X... n'accusait qu'une sensation pénible se produisant chaque fois que le nerf franchissait l'épitrochlée et quelques fourmillements dans les deux derniers doigts, pendant la nuit, lorsque son avant-bras demi-fléchi reposait sur le plan du lit.

Comme les accidents étaient peu prononcés et comme je ne trouvais pas trace de névrite, j'engageai le malade à se contenter de protéger son nerf par un peu d'ouate et une bande de flanelle. Je proposai l'opération pour le cas où il surviendrait des phénomènes de névrite.

Le malade alla le lendemain consulter le professeur Tillaux qui fut de mon avis.

Depuis cette époque, la situation ne s'est pas modifiée et M. X... que j'ai revu souvent ne songe plus à se soumettre à une opération. Je l'ai examiné il y a deux jours ; le nerf cubital continue à se déplacer à chaque mouvement de flexion et d'extension, mais les phénomènes douloureux sont absolument nuls et la puissance contractile des muscles innervés par le cubital ne laisse rien à désirer.

Ce fait m'avait vivement intéressé, car je n'avais jamais rien observé de semblable ; aussi, après avoir lu l'observation de M. Poncet (*Semaine médicale*, 1888, p. 93) et le travail de M. Annequin (*Arch. de méd. militaire*, 1890, t. XV, p. 432), avais-je entrepris, au mois d'août 1893, quelques recherches cadavériques dans le laboratoire de M. Farabeuf, pour chercher à me rendre compte du mécanisme de la luxation et me familiariser avec l'opération pratiquée par Poncet. De mes dissections trop peu nombreuses, je m'empresse de le dire, est résultée pour moi la conviction que la luxation du nerf cubital est impossible sans la déchirure ou l'élongation de l'un des faisceaux musculaires du cubital antérieur ou de l'arcade fibreuse qui réunit ces deux faisceaux. Cette arcade, presque imperceptible chez certains sujets, n'est que le vestige du petit

muscle épitrochléo-olécranien. C'est la rupture d'un faisceau musculaire qui me paraît la plus probable, principalement la rupture du faisceau olécranien.

Mais ce n'est là qu'une hypothèse dont je ne puis fournir la démonstration anatomique. Je me proposais d'examiner attentivement l'état des parties en opérant mon malade ; mais, comme je l'ai déjà dit, l'opération n'a pas été nécessaire.

Je crois cependant que les détails de l'observation permettent d'affirmer que la luxation s'est produite à l'occasion d'un effort nécessitant les contractions énergiques du muscle cubital.

En effet, une sensation de déchirure au côté interne du coude s'est montrée pendant un violent mouvement d'extension de l'avant-bras, alors que la main tenait solidement une canne comme un fleuret pour porter un coup droit. Or, dans cet acte, les muscles de l'avant-bras, et parmi eux le cubital antérieur, sont contractés au maximum pour fixer le poignet dans la rectitude avec un certain degré d'adduction. On peut donc admettre la possibilité de la rupture de l'un des chefs supérieurs du muscle cubital. Dès lors, le nerf, ne se trouvant plus maintenu, pourra être chassé de sa gouttière au moment de la flexion, par la contraction du vaste interne du triceps, comme l'admet le Dr Raymonencq, d'après ses expériences (Raymonencq, *Thèse de Lyon*, 1890, n° 553, p. 21).

Un choc directement appliqué sur la région postéro-interne du coude peut très bien amener la rupture d'un des chefs du cubital, surtout si ce muscle se trouve en état de contraction, et, dans plusieurs des observations publiées, on peut invoquer ce mécanisme. Le blessé dont Annequin a rapporté l'histoire sautait pour attraper un trapèze ; or, on sait que, pour cet exercice de gymnastique, les poignets sont fléchis ; il manque son coup et tombe sur la face antéro-interne du coude. Une femme, observée par Croft (*The Lancet*, 1891, t. I, p. 1040), fait une chute contre le rebord d'un seau et se contusionne la région interne du coude. Il est bien probable que le muscle cubital se trouvait en état de contraction instinctive, comme les autres muscles de l'avant-bras.

Dans deux observations, il semble que la luxation se soit produite d'une façon lente et progressive :

Un malade, observé par Lutz (*Saint-Louis med. and Surg. Journal*, 1879-1880, t. XXXVIII, p. 550), passait ses journées à puiser, avec un seau, de la graisse fondue placée dans un réservoir situé à une certaine hauteur et faisait de violents efforts de l'avant-bras et du poignet pour enlever ce poids considérable.

Un autre malade, opéré par Mac Cormac (*The Lancet*, 1891, t. I, p. 1041), était commis aux écritures ; il passait de longues heures à écrire, le bord cubital de la main et de l'avant-bras appuyé sur

un pupître, attitude qui met en jeu d'une façon continue le muscle cubital antérieur.

Il est possible que, dans les cas de ce genre, la luxation soit consécutive au relâchement des faisceaux musculaires ou, plus probablement, à l'élongation des fibres épitrochléo-olécraniennes qui unissent les deux branches de la fourche musculaire sous laquelle s'engage le nerf cubital.

Mais, je le répète, ce n'est là qu'une hypothèse dont les opérations ultérieures viendront sans doute vérifier l'exactitude ou démontrer l'inanité.

A l'heure actuelle, je ne connais que 10 cas publiés de luxation du nerf cubital :

1 cas de Blattmann, 1 cas de Lutz, 2 cas de Poncet, 1 cas d'Annequin [on en trouvera l'indication dans la thèse de Raymonencq (Lyon, 1890, n° 553)] ; 1 cas de Croft, 1 cas de Mac Cormac [publiés par Stabb (*The Lancet*, 1891, t. I., p. 1040)] ; 1 cas de Schilling de Nüremberg [luxation double (*Sitzungs-Protokolle des ärztlichen Lokalvereins zu Nürnberg*, 1892 ; *Münchener med. Woch*, 1892, p. 679)] ; 1 cas de Schwartz, 1 cas de Jalaguier.

Rapport.

Péritonite par perforation d'un ulcère simple de l'estomac. Laparotomie. Guérison, par le Dr Hartmann.

Rapport par le Dr P. Michaux.

Messieurs, j'ai à vous rendre compte d'une très intéressante observation qui nous a été adressée, il y a quelques mois déjà, par notre collègue des hôpitaux, M. Hartmann.

Cette observation est intitulée : *Ulcère de l'estomac. Péritonite par perforation. Laparotomie. Guérison.*

Voici le fait :

Le 28 décembre 1894, nous sommes appelé à 9 heures du soir par notre ami, M. Malherbe, pour voir à l'hôpital Bichat un malade venant d'entrer dans le service de notre maître, le professeur Terrier, pour des accidents aigus de péritonite par perforation ou d'occlusion intestinale, comme nous dit M. Malherbe dans sa lettre.

Nous trouvons un malade très déprimé, le ventre ballonné, tendu, d'une sonorité tympanique. Les extrémités sont froides, les yeux sont excavés, le pouls petit et fréquent (116), les respirations sont fréquentes (34 par minute). La température est de 37°,4 ; la langue est sèche ; le malade se plaint de coliques, néanmoins il n'a pas eu de vomissements.

Un interrogatoire rapide nous apprend qu'âgé de 26 ans, il a toujours joui d'une bonne santé et qu'à part trois vomissements de sang et quelques troubles digestifs qui l'ont amené à entrer, en 1889, pendant quelque temps à Lariboisière, il n'a jamais été obligé d'entrer dans un hôpital. Depuis une quinzaine de jours, il souffrait, surtout après le repas, d'une douleur dans le flanc et l'hypochondre gauche, véritable point de côté qui le gênait dans ses respirations. Il continuait cependant son travail habituel et mangeait de bon appétit lorsque, le 25 décembre, jour de la Noël, il fut pris, dans la soirée, d'accidents brusques. Il avait déjeuné normalement, à midi, et pris, à 6 heures moins un quart, une groseille au vin, quand, à 6 heures, se promenant, il éprouva un malaise brusque qui n'alla pas jusqu'à la syncope mais qui, néanmoins, l'obligea à entrer dans une pharmacie. Après avoir pris une potion calmante, il fut ramené chez lui en voiture.

La douleur abdominale, peu marquée dans les premiers moments, alla en augmentant progressivement, s'irradiant dans l'épaule gauche. En même temps survenaient des coliques violentes et du ballonnement de l'abdomen. Pas de garde-robes, pas de gaz par l'anus depuis ce moment.

Notre diagnostic restant hésitant entre une péritonite par perforation et un étranglement interne, nous faisons une petite incision sous-ombilicale. Dès que le péritoine est ouvert, des gaz s'échappent avec sifflement, et le ventre s'affaisse. L'épiploon présente à sa surface des exsudats fibrino-purulents, l'intestin ne présente pas trace de météorisme. Aussi, nous remémorant les renseignements donnés par le malade, ses hématémèses d'il y a six ans, pensons-nous immédiatement à un ulcère de l'estomac perforé.

Quelques coups de ciseaux nous permettent en un instant de prolonger notre incision vers l'appendice xiphoïde. Les lésions préépiploïques vont en augmentant à mesure qu'on s'élève. Des exsudats fibrino-purulents recouvrent la vésicule biliaire et la face inférieure du foie. Entre celui-ci et l'estomac se trouve un liquide ressemblant à du lait mêlé de pus ; en remuant un peu l'estomac, un flot de ce liquide arrive dans la plaie limitée par des compresses stérilisées. Après nettoyage des parties avec des tampons montés, nous constatons que des liquides sortent de l'estomac par un orifice situé au voisinage du cardia, sur sa face antérieure. Comme cette partie du viscère ne peut être amenée dans la plaie, fixée qu'elle est en arrière, et que l'état du malade ne nous semble pas permettre de prolonger cette exploration, nous limitons avec un barrage de gaze iodoformée une vaste cavité entre le foie, la rate, l'estomac et le diaphragme, cavité que nous drainons avec deux énormes drains en canon de fusil.

Toute la partie inférieure de la plaie est fermée par une suture à deux étages ; un surjet à la soie réunit la paroi musculo-aponévrotique ; la peau est suturée par des points séparés de crin. Comme pansement, gaze iodoformée, ouate, et bandage de corps.

Trois heures plus tard, à minuit, le malade a 39°,1 ; le lendemain matin, il a 38°,4, 104 pulsations et 30 respirations.

Le 29 au soir, 39°,4; 104 pulsations. Le malade, soumis à une diète absolue, est exclusivement nourri avec des lavements alimentaires.

Le 30, le matin, 39°,4 ; 100 pulsations; langue sèche ; le soir, 39°,2 ; 122 pulsations. Nous adjoignons aux lavements alimentaires un peu de cognac.

Le 31, le matin, 39°,2 ; le pansement est percé par un écoulement abondant, verdâtre. Le soir, 39°,2.

Le 1er janvier 1895, le malade est mieux ; sa langue est humide ; un abondant écoulement de suc gastrique nous oblige encore à renouveler le pansement. Nous autorisons du lait en très petite quantité. Le soir, 37°,8.

2 janvier. — 37°,4, le matin. L'écoulement de suc gastrique, toujours abondant, est mêlé de grumeaux de lait. La paroi abdominale est irritée, exulcérée par l'action du suc gastrique. Nous supprimons un des deux drains. 3/4 de litre de lait, 1/2 bouteille de champagne. Le soir, 37°,6.

3 janvier. — 37°,8 ; 104 pulsations le matin ; 37°,4 le soir.

4 janvier. — 37°,1 ; 37°,8.

5 janvier. — 36°,8 ; 37°,1. Depuis le début de l'alimentation, soit depuis quatre jours, on est obligé de faire deux pansements par jour. Le malade est toujours faible et a un facies tiré. Nous lui faisons une injection de 5 grammes de sérum artificiel (phosphate de soude, acide phénique, etc.) et lavons la cavité qui, maintenant, doit être limitée, avec une solution d'acide borique tiède. Ce lavage ramène une quantité de lait caillé.

6 janvier. — 37°,6 le matin ; 37°,6 le soir. L'état général est meilleur. Nous commençons à retirer le tamponnement iodoformé de la partie inférieure de la plaie et le supprimons progressivement les jours suivants.

A partir de ce moment, la température est normale ; le deuxième drain, raccourci le 13 janvier, est définitivement enlevé le 21. L'écoulement du contenu stomacal a progressivement diminué, pour cesser complètement le 15. L'alimentation solide a été commencée le 24 janvier ; le 17 février, le malade part en convalescence à Vincennes.

26 mars. — Depuis une quinzaine de jours, notre opéré a repris son travail de chaudronnier. Il se porte bien, mange bien, digère bien, ne se plaignant que d'une légère douleur dans l'épaule gauche pendant l'heure qui suit le repas. La cicatrice, longue de 16 centimètres, est un peu irrégulière ; il existe à sa partie supérieure une légère éventration.

La question de l'intervention chirurgicale dans les cas de perforation des ulcères simples de l'estomac et du duodénum a déjà fait l'objet d'un certain nombre de travaux. Des discussions importantes ont eu lieu à ce sujet en Allemagne d'abord, et plus récemment en Angleterre.

Les opérations ont été plus rares en France, et je crois avoir

communiqué au Congrès de chirurgie (octobre 1894) le premier cas heureux d'intervention chirurgicale immédiate pratiquée dans notre pays pour une perforation d'ulcère gastrique.

Un terrassier au service de la Compagnie du chemin de fer de l'Ouest éprouve une vive douleur abdominale en soulevant un rail, le 28 septembre 1893, vers deux heures du matin. L'ingestion d'un verre de vin augmente notablement ses douleurs ; on l'amène à six heures dans le service de M. L. Labbé, à l'hôpital Beaujon.

Je le vois vers neuf heures et, soupçonnant une déchirure interne, j'obtiens du malade qu'il se laisse laparotomiser. A l'ouverture du ventre, je trouve, en effet, une perforation de l'estomac au voisinage du cardia. Je la suture, laissant le péritoine largement ouvert, et, après cinq ou six semaines, le malade guérit complètement.

Je ne reviendrai, pas dans ce rapport, sur les caractères anatomiques de la perforation des ulcères gastriques que j'ai déjà étudiés dans ma communication au Congrès de Lyon.

Il est bien entendu que je n'envisage ici que la perforation des ulcères gastriques et duodénaux, suivie de péritonite généralisée, et, pour ne pas abuser de votre attention, je vais me borner à examiner devant vous les trois points suivants, à propos desquels je me suis livré à quelques recherches spéciales :

1° La perforation aiguë avec péritonite généralisée est-elle une complication fréquente des ulcères simples de l'estomac et du duodénum ?

2° Signes et marche de la péritonite par perforation des ulcères gastriques et duodénaux ;

3° Règles et résultats de l'intervention chirurgicale.

1° *Fréquence de la perforation des ulcères simples de l'estomac et du duodénum.*

De la solution de ce problème dépend tout l'intérêt de la question chirurgicale que nous étudions en ce moment. Si la perforation est rare, exceptionnelle, le chirurgien n'a pas beaucoup à s'en préoccuper ; si, au contraire, elle n'est pas absolument rare ; si, comme j'espère le démontrer, les faits de ce genre sont loin d'être exceptionnels, il est utile d'étudier à fond la question et de savoir à quoi s'en tenir au point de vue de l'intervention chirurgicale.

J'ai donc tout d'abord consulté nos livres classiques, les chapitres de Damaschino, Bouveret, Debove et Achard, la monographie de l'ulcère simple de l'estomac de Debove et Renaut, et j'ai été très frappé des divergences d'opinion qu'on y rencontre sur ce point particulier.

Tandis que certains auteurs jugent la perforation rare et évaluent sa fréquence de 3 à 5 0/0, d'autres auteurs, comme Brinton, en fixent la proportion à 13,5 0/0; Pearce Gould va plus loin encore et, pour lui, la perforation des ulcères gastriques s'observe dans 25 0/0 des cas.

Il n'est pas facile de savoir exactement quelle est la vérité. J'ai fait et fait faire, dans le but de la démêler, quelques recherches par mon interne, M. Bonnet.

Nous avons trouvé, dans les *Bulletins de la Société anatomique* des vingt-cinq dernières années, 16 faits de perforation d'ulcères de l'estomac avec péritonite généralisée ; la thèse de Brayer (1893) contient une dizaine de faits de ce genre. Citons, parmi les observations classiques, celles de Cruveilhier, de Chaussier, de Leudet, etc. J'en ai trouvé 2 dans la thèse de Jayle sur la septicémie péritonéale post-opératoire.

Dans le *Traité de la mort subite* de M. Brouardel, nous trouvons, sur un total de 231 faits, 4 perforations d'ulcères gastriques et 4 perforations d'ulcères duodénaux.

J'ai voulu également, sans pousser la question à fond, connaître sur ce point l'impression d'un certain nombre de nos collègues et de nos maîtres; je dois dire tout d'abord qu'un certain nombre d'entre eux n'en ont pas observé ou du moins n'ont aucun souvenir de ce genre; cependant MM. Potain, Dieulafoy en ont vu; M. Cornil se rappelle avoir observé 3 cas à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu dans une même semaine; notre collègue Letulle possède les observations de 2 ulcères gastriques et de 2 ulcères duodénaux terminés par perforation et péritonite généralisée.

Dans les six ans que j'ai passés à l'hôpital Beaujon, j'en ai vu 2 cas.

La perforation des ulcères n'est donc pas très grande à Paris ; si j'en crois quelques-uns de nos collègues, elle serait moindre dans ces dernières années, depuis qu'on soignerait mieux les ulcères, l'hyperchlorhydrie. Le grand nombre de faits opérés en Angleterre tendrait à prouver que les perforations sont plus fréquentes qu'en France.

Nous possédons, sur la perforation des ulcères duodénaux, des chiffres qui nous font défaut pour les ulcères gastriques. Le Dr H. Collin a rassemblé dans sa thèse inaugurale (Paris, 1894) 262 observations d'ulcère simple du duodénum, publiées depuis 1825 ; or, sur ces 262 observations, il y a eu 181 perforations, c'est-à-dire une proportion de près de 70 0/0.

Si j'ajoute que j'ai pu facilement rassembler, depuis la première observation de Mikulicz (1884), plus de 50 perforations aigües traitées chirurgicalement, on m'accordera facilement, je l'espère,

que la perforation des ulcères simples de l'estomac et du duodénum n'est pas une complication exceptionnelle, que les faits que j'ai rassemblés ne sont point *quantité négligeable*, et on voudra bien excuser cette énumération aride de chiffres en raison de l'intérêt que présente la question.

2° *Signes et marche de la péritonite par perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal.*

Nous laissons volontairement de côté, comme nous l'avons dit en commençant ce travail, les *péritonites localisées*, *abcès sous-phréniques*, *pyopneumothorax sous-phréniques*, pour ne parler ici que des *péritonites généralisées*.

Cette dernière éventualité doit d'ailleurs être la plus fréquente. Le tableau clinique de la péritonite généralisée par perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal est parfois précédé des signes classiques de l'ulcère simple : douleurs, vomissements, hématémèses, hyperchlorhydrie; tous les signes ne se trouvent pas toujours réunis. Souvent le malade se plaint depuis un temps assez long de troubles gastriques vagues, de dyspepsie, de digestions difficiles, de douleurs mal limitées; ces troubles mal définis ne sont pas suffisants dans bien des cas pour amener le malade à consulter le médecin, et c'est presque toujours en questionnant les malades qu'on retrouve dans leurs antécédents les signes frustes que nous venons d'indiquer; il en était ainsi dans l'observation de M. Hartmann; dans mon observation, ils ne semblaient même pas exister.

Et en effet, le plus souvent peut-être, l'ulcère perforant est un *ulcère latent*. Cruveilhier avait déjà signalé le fait que tous les auteurs ont confirmé depuis; Debove, Bouveret dans leurs traités; Dieulafoy, dans ses leçons, y insiste longuement et avec une juste raison.

Que la perforation d'un ulcère simple gastrique ou duodénal ait été ou non précédée des signes propres à cette affection, elle éclate toujours avec tant de brusquerie, tant de rapidité qu'il est bien difficile de la méconnaître quand on est prévenu de sa possibilité.

Son acuité fait contraste avec le calme antérieur, comme je l'ai dit déjà dans mon travail :

A l'occasion d'un effort, d'un traumatisme léger (Potain), d'une fatigue, d'un excès de table, le malade est pris subitement d'une *douleur* très vive, dans la région épigastrique ou dans un des hypochondres, l'hypochondre gauche ordinairement; cette douleur est parfois très aiguë dès le début et va ensuite en diminuant, plus

souvent elle va croissant toujours, particulièrement quand les malades ingèrent quelque liquide, ce qu'ils ne manquent guère de faire. On a même proposé d'utiliser ce signe comme moyen de diagnostic.

En même temps on a signalé la *rétraction de la paroi*, la tension des ventres supérieurs des muscles grands droits de l'abdomen et ce signe était très marqué chez mon opéré. Cette rétraction de la paroi au début ne persiste pas longtemps et constitue à peu près avec la douleur le seul signe du début.

Cependant si on observe avec soin les malades, si on fait prendre leur température d'heure en heure, on pourra dès cette période surprendre pour ainsi dire à son début la réaction péritonéale commençante. Je considère comme une indication de premier ordre toute élévation de température aux environs de 38°, coïncidant avec les quelques signes locaux indiqués plus haut.

Enfin on a justement insisté sur l'absence de vomissements dans les ulcères gastriques perforés; on trouve cependant, dans quelques observations des nausées, le rejet de quelques matières alimentaires.

A cette première phase en succède bientôt une autre, ce sont les signes de la péritonite généralisée : ballonnement du ventre, constipation, arrêt des matières et des gaz en imposant souvent pour un étranglement interne. Les matières septiques fermentent rapidement dans la cavité péritonéale, il se produit souvent une grande quantité de gaz qui augmentent encore le tympanisme, produisent du gonflement de la région épigastrique et même la *disparition de de la matité hépatique*, à laquelle on a peut-être attribué trop de valeur.

Cette péritonite purulente emporte rapidement les malades; la température monte parfois au delà de 39°, plus souvent la mort survient dans le collapsus et l'hypothermie ; le pouls est petit, fréquent, misérable, la peau froide et visqueuse.

L'ulcère du duodénum comme celui de l'estomac se perfore souvent sans avoir donné lieu à aucun symptôme important ; les melœna, les douleurs, la dyspnée paroxystique, les troubles gastriques ont parfois précédé la perforation et permis de poser exceptionnellement le diagnostic d'ulcère simple du duodénum.

La marche des perforations gastriques ou duodénales est parfois tellement rapide et foudroyante que les accidents ne sont pas rapportés à leur véritable cause.

La princesse Henriette d'Orléans dont Bossuet prononça l'oraison funèbre, avec le cri partout cité : « Madame se meurt! Madame est morte! » succomba, dit-on, à un ulcère perforant de l'estomac. La thèse de Brayer, les traités de médecine légale, renferment de

nombreuses observations de perforations si aiguës qu'on a cru à un empoisonnement.

Loomis a cité l'observation d'un jeune homme de 20 ans dyspeptique, mort subitement en chemin de fer. A l'autopsie médico-légale, on constata la présence d'un ulcère perforant du duodénum, tangent au pylore.

Dans un cas de Murchison, la mort est survenue trois heures après le début des accidents; plus habituellement les accidents évoluent en vingt-quatre ou quarante-huit heures, exceptionnellement on les a vu persister cinq, six jours et même davantage; on se rapproche sans doute dans ces cas des abcès sous-phréniques. et le chirurgien ne saurait s'appuyer sur ces faits.

On ne saurait trop insister dans des études de ce genre sur l'importance véritablement capitale de cette notion ; il est absolument nécessaire que les médecins connaissent bien cette marche ultra-rapide des accidents de perforation pour qu'ils puissent appeler à temps le chirurgien et faire comprendre aux parents qu'il n'y a pas une minute à perdre. Tout récemment encore, un de nos collègues d'internat nous racontait l'histoire d'une pauvre jeune fille de 15 à 16 ans, qui fut emportée en moins de vingt-quatre heures par une perforation d'ulcère gastrique. Vainement notre confrère avait essayé le soir d'obtenir de la famille qu'on fît venir un chirurgien ; le lendemain de grand matin, on sonnait à la porte, l'enfant était mourante quand il arriva.

Il est nécessaire de divulguer les faits de ce genre pour bien faire comprendre aux médecins et aux familles combien, en pareil cas, les minutes sont précieuses et avec quelle rapidité la moindre hésitation agrandit et multiplie les dangers du seul traitement logique, l'intervention chirurgicale.

3° *Règles et résultats de l'intervention chirurgicale.*

L'intervention chirurgicale ne doit pas être discutée ; elle est imposée par la fréquence relative et la gravité extrême de ces perforations et par l'évolution ultra-rapide et fatale de la péritonite généralisée qui en est la conséquence la plus habituelle.

On trouvera dans le travail que j'ai communiqué au 8e Congrès français de chirurgie et dans la thèse du Dr Chapt d'Epernay, les notions historiques et la discussion des indications opératoires, je me bornerai à indiquer ici la nécessité d'une intervention précoce, à résumer les principales règles de l'intervention pour prévenir et combattre la péritonite par perforation, enfin à envisager les résultats obtenus et à en tirer quelques conclusions pratiques.

a) *Nécessité d'une intervention précoce.* — Cette nécessité découle logiquement de ce que nous avons dit de la marche ultrarapide des accidents qui durent rarement plus de deux à trois jours.

L'étude des faits observés jusqu'à ce jour confirme absolument cette loi fondamentale.

Sur 27 cas rassemblés dans la thèse de Chapt, nous trouvons 13 opérés, il y a 5 guérisons (7 opérés le 2e jour, aucune guérison; 2 opérés le 3e jour, 1 mort, 1 guéri.

Ce malade guéri est le malade de notre confrère Hartmann ; il a été opéré dès qu'il s'est présenté à l'hôpital ; le fait est exceptionnellement heureux. J'espère bien, après ce que je viens de dire, qu'il ne viendra à l'esprit de personne d'imiter cette conduite, à moins d'y être forcé par les circonstances, comme l'a été notre collègue.

b) *Règles de l'intervention chirurgicale.* — Je résumerais volontiers, dans les règles suivantes, la manière dont je comprends le traitement chirurgical de la perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal.

A. — Chirurgien appelé de très bonne heure.

a. Précaution anté-opératoire : vider avec une pompe le contenu de l'estomac pour éviter toute effusion nouvelle.

b. Opération : grande incision médiane sus-ombilicale. Recherche de la perforation, parfois difficile ; elle devra être rapidement conduite. Nécessité de faire soigneusement relever le foie et le diaphragme par la main d'un aide habile, de manière à bien voir toute la face antérieure de l'estomac. S'il est nécessaire, examen de la face postérieure, comme dans la gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker.

c. Traitement de la perforation. Si elle est facilement accessible, le chirurgien a quatre procédés à sa disposition : 1° la résection de l'ulcère suivie de suture ; 2° la suture directe sans résection ; 3° la gastro-entérostomie avec ou sans résection ; 4° enfin la gastrostomie ou fixation des bords de l'ulcère à la paroi abdominale.

Si la perforation est difficilement accessible, on peut faire un pli à la paroi gastrique et suturer à distance des parties saines ou bien se contenter de laisser largement ouvert, de bien nettoyer et limiter le foyer septique, afin de le drainer avec deux ou trois énormes drains.

B. — Chirurgien appelé tardivement. Péritonite généralisée. Opération aussi rapide et aussi courte que possible. Ouvrir largement le foyer, le limiter à l'aide de compresses aseptiques, le net-

toyer ou le laver soigneusement, maintenir l'incision largement ouverte et puissamment drainée, c'est la conduite qu'a suivie notre collègue M. Hartmann, et on ne peut que le féliciter de l'avoir suivie puisqu'il a été assez heureux pour sauver son opéré. Je n'insisterai pas sur l'utilité de tous les toniques, injections de caféine, d'éther, injections intra-veineuses ou sous-cutanées de sérum artificiel, destinées à permettre au sujet de résorber et de brûler les produits septiques introduits dans son organisme.

(c) *Résultats.* — Les 27 observations rassemblées dans la thèse de Chapt donnent une proportion de 6 guérisons et de 21 morts ; cette proportion est encore améliorée par les observations récemment publiées. J'ai trouvé dans la Revue d'Hayem et les journaux médicaux 23 faits au moins, soit au total une cinquantaine d'observations. Le résultat n'est pas indiqué dans une dizaine de ces faits, ou du moins il n'est pas indiqué dans les journaux où j'en ai trouvé l'indication ; le temps m'a manqué pour vérifier et contrôler ces faits.

J'ai donc une quarantaine de faits avec 12 ou 13 guérisons ; toutes ces guérisons ont été obtenues par les opérations faites dans les quinze et vingt premières heures ; l'observation de M. Hartmann est, je crois, le seul fait de guérison observé hors du 1er jour.

Si on ajoute à ces guérisons persistantes, des survies sérieuses de 8, 15, 20 et même 31 jours comme l'opéré d'Hastings Gilford, on conviendra que le pronostic de l'intervention chirurgicale s'est singulièrement amélioré et on ne craindra plus de conseiller en temps voulu une opération qui est véritablement la seule chance de salut offerte aux malades.

J'espère en terminant que l'intérêt du sujet me fera pardonner les digressions que je me suis permises sur un sujet encore peu connu. Je propose à la Société de chirurgie d'adresser des félicitations à M. Hartmann pour sa très intéressante observation qui nous apprend à ne jamais désespérer, et à tenter toujours tout ce qui est possible.

Discussion.

M. Routier. — A l'appui des conclusions de M. Michaux, et pour bien montrer qu'il ne faut pas désespérer, mais agir toujours en face d'une perforation de l'estomac, laissez-moi vous citer le fait suivant :

Le 21 janvier 1895, au moment où j'allais quitter l'hôpital, il me fut adressé, par le docteur L. Guillaut, un homme de 39 ans qui, depuis quatre jours, avait des symptômes d'occlusion.

Cet homme, depuis trois mois environ, était malade de l'estomac et vomissait assez souvent après ses repas.

Pâle, maigre, cachectique, tout cela était très accusé par son état abdominal, il marchait cependant.

Je le fis coucher et l'examinai avec soin, il ne s'agissait pas d'appendicite, tout semblait se passer dans la zone sus-ombilicale.

Là, les muscles droits étaient tendus, contractés, et ne permettaient pas d'explorer laprofondeur; tout le ventre était ballonné, mais la portion sus-ombilicale était beaucoup plus tendue que la partie au-dessous de l'ombilic.

Le pouls était petit, rapide, la langue sèche, la température à peine de 36°,4.

La péritonite n'était pas douteuse, mais quelle en était la cause, je ne le soupçonnais pas.

Je fis séance tenante une incision sus-ombilicale médiane, j'entrai dans un vaste foyer purulent, où le pus était mêlé de débris alimentaire, vaste foyer qui passait au-dessus et au-dessous du foie, paraissait arrêté en bas par le côlon et l'épiploon, qui s'étendait sur les parties latérales vers les deux flancs et au fond duquel était l'estomac perforé non loin du pylore.

Mais cette perforation, chose rare, siégeait sur une tumeur épithéliale, qui avait envahi toute la face antérieure de l'estomac et toute la région pylorique.

Après avoir nettoyé ce foyer, il me fut impossible de fermer cette perforation, ses bords durs et néoplasiques ne s'y prêtaient pas, et nulle part l'estomac n'était assez souple pour me permettre de faire un pli avec lequel j'aurais pu fermer cette ouverture anormale.

Je mis une sonde dans l'estomac, et essayai vainement de la faire passer dans le pylore, je dus y renoncer, et laissai cette sonde dans l'estomac en bourrant la cavité péritonéale purulente avec de la gaze.

Eh bien, ce malheureux a vécu encore huit jours, c'est dire qu'il n'est pas mort de péritonite, il a succombé à l'inanition, malgré tous les lavements alimentaires que nous lui avons donnés.

Il eut des gaz, des selles, sa bile coula par la sonde stomacale, il est mort de faim.

Nul doute qui si cette perforation avait pu être fermée comme c'est possible, quand il s'agit d'ulcère simple, nul doute, dis-je, ce malheureux aurait guéri, et je n'ai cependant fait la laparotomie que le quatrième jour. Il faut donc, dans le cas de perforation stomacale agir le plus vite possible, mais ne jamais désespérer, et tenter la laparotomie, quelque désespéré que paraisse le cas.

Communication.

Pyélo-néphrite — Néphrectomie — Guérison,

Par M. A. ROUTIER, chirurgien de l'hôpital Necker.

Parmi les cas de pyélo-néphrite que j'ai eu à traiter, deux cas m'ont paru particulièrement intéressants et par la nature différente de la maladie, et par l'obscurité de la cause, enfin par la manière dont je suis intervenu pour aboutir dans les deux cas à la néphrectomie suivie du reste de la guérison absolue.

Dans mon premier cas, il s'agit d'un homme de 37 ans qui exerce la profession de glacier, c'est-à-dire qu'il distribue dans Paris la glace à rafraîchir, qu'il porte dans une voiture glacière ambulante, et il débite sa marchandise et la porte aux clients dans une hotte de bois; si j'insiste sur ces détails qui pourraient paraître oiseux tout d'abord, c'est qu'ils jouent peut-être un rôle dans la production de sa maladie.

Quoi qu'il en soit, cet homme qui était entré comme un phthisique dans un service de médecine, me fut amené par un de mes anciens internes pour une grosseur du ventre.

Le diagnostic était flottant.

Très amaigri, presque cachectique, tous ses accidents remontaient, disait-il, à cinq semaines : il aurait, à cette époque, en portant la glace, senti un craquement dans le haut de la cuisse gauche, suivi de douleurs de l'hypochondre de ce côté.

Il n'interrompit cependant pas son travail, mais au bout de huit jours il dut s'aliter; dans ce court laps de temps, il avait maigri, perdu ses forces, ne pouvait plus manger et son ventre avait grossi.

En effet, quand on l'examinait, on voyait tout d'abord que son ventre était asymétrique et soulevé par une tuméfaction qui occupait l'hypochondre gauche, dépassant un peu vers la droite la ligne médiane, ne remontant pas au-dessus de l'ombilic, n'arrivant pas tout à fait au pubis.

Cette tuméfaction était arrondie, mais à limites diffuses, difficiles à bien déterminer, mate à la percussion, entourée de zones sonores et mates, elle était résistante et je n'oserais dire qu'elle présentait de la fluctuation.

Ce qui frappait surtout, c'est que cette tumeur était soulevée par des battements artériels, par l'aorte sans doute, mais il n'y avait ni expansion ni souffle.

L'examen de reins pratiqué avec soin resta négatif, on ne pouvait les sentir ni à droite ni à gauche.

Jamais le malade n'avait eu de troubles vésicaux, ni d'infection uréthrale; cependant, son urine conservée suivant l'habitude du service dans un bocal, laissait déposer du pus.

Cette présence du pus dans l'urine aurait dû peut-être nous faire

faire le diagnostic, je dois dire que je n'y attachais pas l'importance qu'elle avait dans le cas particulier, d'abord parce qu'après avoir cherché par la palpation du côté des reins, je n'avais rien senti, puis parce que le malade ne se plaignait aucunement de ces régions et n'avait jamais eu à se plaindre de ses voies urinaires.

Le malade toussait et avait l'aspect d'un phtisique; je l'auscultai avec soin, le sommet gauche paraissant douteux, ce qui me fit penser, par exclusion, que nous avions affaire à une péritonite tuberculeuse enkystée.

L'état du malade déclinait, il fallait agir; aussi quelques jours après son entrée, le 6 juillet 1895, je me décidais à faire une laparotomie.

L'anesthésie obtenue, à cause de l'incertitude de mon diagnostic, je palpai de nouveau le malade et restai convaincu qu'il s'agissait bien d'une péritonite enkystée.

Je fis une incision médiane sus-ombilicale, le péritoine ouvert, la tumeur apparut, recouverte d'un réseau à grosses veines, et contournée sur son côté droit par le côlon descendant. La fluctuation devenait évidente, je me rendis compte de ses connexions et m'assurai qu'il s'agissait du rein gauche. Je fis avec le gros troquart une ponction qui me permit d'évacuer plus d'un demi-litre de pus fétide.

Le malade était si faible, la connexion de ce rein me parut devoir entraîner à une opération si laborieuse, que je crus plus prudent de rétrécir ma plaie abdominale par quelques points de suture et de marsupialiser la poche, que j'ouvris plus largement et que je lavai; je fus ainsi conduit à examiner la paroi interne de la poche, à ouvrir un second abcès au moins aussi gros que le premier et qui s'étendait surtout vers la ligne médiane au-devant de l'aorte.

Deux gros drains furent laissés dans cette poche, qui fut bourrée de gaze.

Dès le lendemain, le malade se trouvait beaucoup mieux, l'urine ne contenait plus de pus.

Bientôt le malade reprit un air de santé, recouvra ses forces et son embonpoint; l'ouverture abdominale devint fistuleuse et laissa passer de l'urine en quantité, tandis qu'il rendait par la miction naturelle de 6 à 800 grammes d'urine limpide.

Le pus retiré de cette poche et examiné avec toutes les précautions nécessaires, par M. Benoist, présentait cette particularité d'être très riche en microbes, mais ceux-ci ne cultivaient pas, ils étaient morts.

Le malade passa ainsi le temps des vacances; à mon retour, je trouvai un homme transformé et qui, certes, ne faisait plus redouter la phtisie; mais il avait une fistule urinaire au milieu de l'abdomen et ceci le rendait impropre à un travail quelconque; aussi je crus devoir lui proposer une opération destinée à le débarrasser de cette infirmité.

A cause de cette fistule et des difficultés que j'aurais eu à surmonter en attaquant par la voie lombaire cette tumeur, je pratiquai, le 24 octobre, une néphrectomie transpéritonéale.

Mon premier soin fut de circonscrire la fistule par une incision à

1 centimètre environ de distance, je liai le goulot ainsi formé avec une forte soie et procédai ensuite à l'extirpation de la tumeur.

Je ne puis pas dire que ce fut une opération facile ; cependant, je fis cette ablation sans trop de dificultés ; la grande cavité péritonéale ouverte seulement sur une petite étendue vers la ligne médiane, fut refermée par un surjet de soie ; le pédicule du rein, fort gros, fort difficile à bien limiter, fut entouré par trois tours de caoutchouc, comme nous le faisions pour l'hystérectomie abdominale à pédicule externe.

Ce pédicule se trouvait ainsi au fond d'une cavité formée par les feuillets péritonéaux du mésocôlon et le tissu cellulaire feutré qui entourait ce rein. Deux drains y furent laissés, de telle sorte que ma seconde opération ressemblait presque à la première, avec cette différence, toutefois, que la poche n'était plus ici représentée par le rein, mais par le kyste adventice développé autour de lui.

L'autopsie de ce rein fut très intéressante ; il restait encore une bonne moitié de la substance rénale, le bassinet était distendu et communiquait par un seul calice avec le trajet qui aboutissait à la paroi abdominale et qui laissait facilement passer deux doigts.

J'avais dû, outre cette ligature élastique laissée sur le pédicule du rein, placer un grand nombre de ligatures ; j'avais dû, par plusieurs surgets, fermer les déchirures qui mettaient à jour la cavité péritonéale, si bien que le malade a mis fort longtemps à éliminer tous ces fils.

Le pédicule n'est tombé que le 24 novembre, et à la fin de décembre nous avons encore retiré des fils.

Aujourd'hui, cet homme va parfaitement, il urine de 8 à 1,200 grammes sans aucun dépôt, il a repris des forces et son travail.

Nous avons eu affaire à une pyo-néphrose, mais quelle en a été la cause ? Je dois avouer qu'elle nous a complètement échappé, et je considère comme bien précaire la raison de ces lésions attribuées au froid qu'il aurait pu ressentir dans l'exercice de sa profession.

Dans un autre cas, il s'agit d'une femme ; les lésions ressemblent beaucoup à celles que je viens de vous exposer, mais la cause est aussi obscure, vous allez en juger.

Le 20 avril 1895, mon excellent ami, le docteur Ducassé me priait de voir avec lui une de ses clientes, malade depuis sept ans et qu'il soignait depuis deux ans pour une albuminurie.

Depuis près de deux mois, elle était un peu plus souffrante et le docteur Ducassé croyait s'apercevoir qu'il se formait une tumeur dans le flanc gauche.

Ici l'examen était plus démonstratif que chez mon premier malade, et il me fut relativement facile de me convaincre qu'il s'agissait d'une tumeur du rein, douloureuse à la pression.

En interrogeant avec soin cette malade, j'appris que la dimension de cette tumeur était variable, que tantôt elle augmentait, tantôt elle diminuait, et quand j'attirai son attention sur la qualité de ses urines, je me fis dire que celles-ci étaient claires quand la tumeur était grosse,

qu'elles déposaient au contraire beaucoup et étaient très troubles quand elle diminuait.

Tout paraissait remonter fort loin ; je ne parle pas de la tuméfaction qui n'avait été découverte que depuis deux mois, mais de cette albuminurie, mais de ces troubles urinaires, tout semblait avoir débuté à la suite d'un accouchement difficile, remontant à sept ans. Dès cette époque, elle semblait avoir eu de la cystite, puis elle avait, à plusieurs reprises, présenté des crises d'urémie; puis ses douleurs vésicales avaient disparu; elle était considérée comme une albuminurique.

Sa maigreur était extrême, quand je la vis, elle ne quittait plus le lit, et avait de temps en temps des vertiges, de l'oppression, de la céphalalgie et des pétéchies sur tous les membres inférieurs.

Je conseillai l'ouverture de ce rein purulent et, si c'était nécessaire, l'ablation dans la même séance.

Le 29 avril 1895, je procédai à cette opération, par la voie lombaire, La tumeur volumineuse formé par le rein déformé et bosselé était adhérente partout. Je mis à nu quelques bosselures, puis je les ouvris, autant d'abcès d'où je tirai au moins 1 litre 1/4 de pus épais et verdâtre.

La tumeur ainsi diminuée, je revins à la décortication, qui fut assez difficile. Le pédicule restait très épais, je l'enserrai dans un lien de caoutchouc, la plaie fut rétrécie et tamponnée; les suites furent des plus simples, elle rendit encore du pus épais pendant les deux premières mictions, mais à la troisième, à six heures du soir, l'urine, au sortir de la vessie, était parfaitement limpide et ne déposait pas ; elle est restée parfaitement limpide depuis.

Le pédicule ne tomba que le 29 mai, un mois après ; le 30 juin tout tout était fini.

Cette dame est aujourd'hui parfaitement bien.

Voilà donc, par le fait, deux cas de pyélo-néphrite à peu près semblables au point de vue des lésions; mais dans un cas, les lésions ont marché avec une grande rapidité, dans l'autre, au contraire, avec une lenteur remarquable.

Si, dans ce second cas, on peut invoquer comme point de départ une infection post-puerpérale, bien qu'il soit difficile de comprendre comment un seul rein et non les deux, a été infecté par la voie ascendante.

Il est très difficile, sinon impossible de déceler la cause de cette même pyélo-néphrite chez cet homme, qui jamais n'a eu d'infection de son appareil urinaire et qui, d'autre part, n'a pas eu de maladie générale capable de causer une pareille lésion.

J'attire encore votre attention sur la grande difficulté que présentait le diagnostic chez l'homme et vous ai dit que, malgré la présence d'un peu de pus dans son urine, je n'avais osé formuler un diagnostic de lésion rénale à cause des signes physiques qui manquaient.

Comment, pensant à une péritonite tuberculeuse enkystée, j'avais fait la laparotomie, comment enfin cette fistule abdominale persistante m'avait conduit à faire une néphrectomie transpéritonéale, bien que je reste convaincu que la voie lombaire est préférable.

J'attire enfin votre attention sur la façon dont j'ai traité le pédicule dans les deux cas : ayant affaire à des lésions suppurées, je ne pouvais pas me permettre de fermer la plaie, et le moignon d'uretère infecté devait fatalement être éliminé.

Le lien élastique m'a paru préférable à la simple ligature à la soie, comme plus hémostatique, et surtout comme devant tomber plus vite.

Je l'ai encore préféré à la forcipressure, car il est arrivé trop souvent qu'on a eu à déplorer des hémorrhagies au moment où on enlevait ces pinces.

Malgré tout, il a fallu vingt-sept et trente jours pour voir s'éliminer le pédicule et son lien constricteur.

Présentations de malades.

1° *Luxation irréductible de la rotule.*

M. Brun. — Le petit malade que je présente était atteint, depuis quatre ans, d'une luxation irréductible de la rotule, d'origine traumatique. Au début, cette luxation avait revêtu les allures d'une luxation récidivante, mais elle s'était promptement fixée, et l'irréductibilité était devenue absolument complète.

Au moment de l'entrée du malade dans mon service, la rotule reposait sur la face externé du condyle fémoral, sa face antérieure regardant en dehors, son bord interne regardant en avant. Dans les tentatives de réduction, on la sentait maintenue et solidement fixée par un trousseau fibreux épais qui se tendait surtout dans les mouvements de flexion. Comme le fonctionnement du membre était très imparfait, je pensai qu'il y avait intérêt à intervenir. Je découvris l'articulation à l'aide d'une incision courbe à concavité supérieure. La capsule fibreuse ainsi mise à nu, je sectionnai sa partie externe, épaissie et rétractée et je ne pus obtenir la réduction facile et complète qu'après ouverture de l'articulation. Pour maintenir la réduction obtenue, j'excisai une partie de la capsule articulaire, en dedans de la rotule, où elle présentait du reste une minceur tout à fait anormale et je suturai à la soie les deux lèvres de cette excision.

Les suites de l'opération furent des plus simples et aujourd'hui,

huit mois après mon intervention, le résultat se maintient absolument parfait. La rotule occupe sa situation normale et la marche s'exécute sans difficulté et sans fatigue.

J'ajoute, pour être complet, qu'il y a quelques semaines et à la suite d'un coup ayant porté sur la partie interne du genou, il se produisit une ulcération de la cicatrice qui entraîna la formation d'un petit abcès et l'élimination du fil de soie qui m'avait servi à faire la suture. Cette élimination, du reste, n'a eu sur la fixité de la rotule aucune conséquence fâcheuse.

Discussion.

M. Tuffier. — Dans quel état était la rotule de l'autre côté? J'ai observé un malade chez lequel les deux rotules se luxaient spontanément et chez lequel l'irréductibilité n'existait que d'un côté.

M. Championnière. — J'ai opéré un malade atteint de luxation irréductible en dehors, je n'ai pu maintenir la rotule en place ; j'ai alors creusé une cavité sur le condyle externe et j'ai pu de la sorte obtenir un bon résultat définitif.

M. Kirmisson. — Je me suis trouvé dans les mêmes conditions que M. Championnière. J'opérais, pour une luxation de la rotule, une jeune fille atteinte de paralysie infantile. Dans un premier temps, je libérai la rotule ; dans un deuxième temps, je lui creusai une logette dans l'espace intercondylien et l'y fixai au moyen d'un fil d'argent. Mon opération fut naturellement suivie d'une raideur du genou.

M. Brun. — Il importe de bien distinguer les cas où, pour empêcher la reproduction du déplacement, on fixe la rotule à la capsule, comme je l'ai fait, des cas où la fixation a dû se faire au fémur.

2° *Bec-de-lièvre bilatéral complexe avec saillie énorme de l'intermaxillaire et division de la voûte palatine. Refoulement et suture de l'os incisif, restauration de la lèvre et des ailes du nez par un procédé nouveau.*

M. Berger. — Si je présente cette petite opérée, c'est moins pour faire voir le résultat très satisfaisant que j'ai obtenu dans un cas de malformation maximum de l'orifice buccal, que pour insister sur un des points les plus essentiels de la technique de ces restaurations faciales, point qui, jusqu'àprésent, me semble avoir été trop

négligé par ceux qui se sont occupés de la maladie. Je veux parler de la libération des ailes du nez, de leur suture à la sous-cloison et de la restauration des narines, envisagées comme un des temps de l'opération du bec-de-lièvre complexe.

L'enfant que je vous présente était née avec une gueule de loup complète. Quand elle me fut amenée, elle était âgée de 14 à 15 mois.

L'os incisif, portant une des incisives médianes, hypertrophié et globuleux, pendait à l'extrémité du lobule du nez, supporté par un pédicule vomérien arrondi qui faisait proéminer sa face postérieure elle-même bien en avant du niveau antérieur des deux parties latérales de la lèvre supérieure. En avant de cet os incisif, lui adhérant par sa face postérieure, se voyait la partie moyenne de la lèvre supérieure, sous forme d'un petit tablier cutané, bordé de muqueuse, qui était situé exactement sur le même plan que le lobule du nez ; la sous-cloison manquait entièrement.

Les narines communiquaient avec la cavité buccale par deux larges fentes situées de part et d'autre du pédicule de l'os incisif. Les ailes du nez, aplaties et fortement attirées en dehors, venaient s'insérer à la joue, au niveau du point où se terminaient, de chaque côté de la fente, les deux moitiés de la lèvre supérieure; celles-ci adhéraient par un fort repli muqueux aux bords alvéolaires correspondants.

Enfin, il existait une division palatine bilatérale, plus large cependant du côté droit que du côté gauche où la cloison arrivait presqu'au contact de la moitié correspondante de la voute palatine. L'ensemble constituait le maximum de ce que peut donner comme difformité le bec-de-lièvre complexe avec saillie de l'os incisif et se trouvait fidèlement représenté par la figure classique des livres de pathologie chirurgicale [1].

Une première opération consista dans le refoulement, l'avivement et la suture de l'os incisif. Pour pratiquer le refoulement, j'eus recours au procédé de Blandin, en excisant un segment cunéiforme de la cloison en arrière du pédicule vomérien de cet os. Cette résection sous-périostée (ainsi que Mirault, Chassaignac, A. Guérin, l'avaient conseillée et pratiquée les premiers) ne s'accompagna pas d'une hémorrhagie notable ; les parties latérales de l'os incisif et les extrémités antérieures des bords alvéolaires et des apophyses palatines des deux côtés ayant éte avivées au bistouri,un double point de suture métallique fixa l'os intermaxillaire à sa place. La partie moyenne de la lèvre en avait été préalablement détachée ; mais ce refoulement ne put être obtenu sans qu'il s'en suivit un aplatissement du nez très considérable. Les jours suivants, le point de suture de gauche coupa l'os, et la saillie de l'intermaxillaire se reproduisit en partie, sous l'influence de la traction exercée par le nez, agissant sur cet os comme un ressort pour le porter en avant.

[1] DUPLAY et RECLUS, *Traité de chirurgie*, t. V, pl. 16, p. 18 (art. BEC-DE-LIÈVRE, par A. Broca).

Il fallut, pour réduire définitivement l'os et le maxillaire en place, détacher l'intermaxillaire de ses attaches au lobule et à la face dorsale du nez par une section nouvelle divisant au-dessus de lui la cloison des fosses nasales, mais laissant, bien entendu, intacte la partie moyenne de la lèvre qui restait pendue à l'extrémité du lobule du nez. Comme l'os incisif avait déjà contracté des adhérences solides avec la moitié droite du bord alvéolaire et que le périoste de son pédicule avait été ménagé avec soin, lors de la section de celui-ci, cet isolement presque complet de l'os de ses connexions avec la cloison des fosses nasales ne compromit pas sa vitalité.

La deuxième opération, faite il y a un mois environ, a consisté dans la restauration de la lèvre supérieure et des deux narines.

Les deux ailes du nez furent tout d'abord séparées de la joue et de la partie correspondante de la lèvre par une incision intéressant toute l'épaisseur des parties molles. De chaque côté, la lèvre fut largement décollée du bord alvéolaire, puis avivée, suivant le procédé de Mirault, par une incision détachant de chaque côté le revêtement muqueux de la fente sous forme d'un lambeau à base inférieure, qui fut rabattu pour constituer ultérieurement le tubercule médian de la lèvre. L'avivement du bord de la fente de chaque côté, fut continué jusqu'à rencontrer l'incision faite entre l'aile du nez et la lèvre et, pour donner plus de largeur à l'affrontement, la lèvre de chaque côté fut dédoublée par une section parallèle à ses faces cutanée et muqueuse. Enfin, les deux bords du lobule cutané représentant la partie moyenne de la lèvre, furent avivés largement jusqu'à la pointe de petit lambeau.

La réunion fut faite de la façon suivante :

Les bords inférieurs des deux incisions séparant la joue et la lèvre de l'aile du nez furent réunis sur la ligne médiane pour reconstituer la partie la plus supérieure de la lèvre; pour permettre de les amener au contact, une petite incision libératrice dut être pratiquée de chaque côté sur la joue, horizontalement, dans une étendue d'un centimètre environ. Au-dessous de ces premiers points de suture, les bords avivés et dédoublés des deux moitiés de la lèvre supérieure furent réunis dans toute leur hauteur par trois points de suture au crin de Florence. Le petit tablier cutané, représentant la partie moyenne de la lèvre, servit à reconstituer la sous-cloison; sa pointe et la partie inférieure de ses bords fut suturée au bord supérieur des deux lambeaux empruntés aux joues et réunies sur la ligne médiane pour reconstituer la lèvre supérieure.

Pour refaire la narine, de chaque côté, le petit lambeau triangulaire, à base externe, représentan l'aile du nez, fut attiré en avant et en dedans; sa pointe fut suturée très haut, au bord avivé de la nouvelle sous-cloison, son bord inférieur fut suturé au bord supérieur de la lèvre, de manière à border toute la narine, à restaurer sa forme circulaire et à fixer, comme il doit l'être, à la sous-cloison, l'extrémité de l'aile qui se perdait auparavant sur la joue.

Enfin, les deux petits lambeaux muqueux furent réunis sur la ligne médiane par quelques points à la soie très fine, pour refaire le tubercule muqueux médian de la lèvre supérieure.

Sauf ees derniers points, toutes les sutures furent faites au erin de Florenee.

L'opération fut très bien supportée et réussit pleinement; des bandelettes de gaze, fixées aux deux joues par du eollodion, avaient permis de diminuer les traetions exereées par ces dernières sur la suture, sans avoir reeours à aueun enehevillement; les fils furent enlevés le 8e jour, la réunion était partout eomplète; les bandelettes collodionnées furent néanmoins laissées eneore une huitaine.

Le résultat que je présente aujourd'hui est presque parfait. Le nez est bien formé et n'est plus aplati ni épaté. La sous-cloison est large, les narines arrondies, et l'aile du nez saillante et bien ramassée borde de tous côtés l'orifice de chaque narine; la lèvre est haute, un peu trop haute même, et la cicatrice verticale qui marque sa ligne moyenne se termine en bas par un tubercule muqueux bien accusé et médian.

L'os incisif est en place et solide, seulement son bord alvéolaire et les deux incisives qu'il porte sont renversés un peu en arrière. Je ne crois pas qu'on puisse obtenir un résultat beaucoup plus parfait dans un cas de bec-de-lièvre double, compliqué de saillie totale de l'os intermaxillaire.

Je ne saurais trop insister sur la réfection de la narine comme l'un des temps les plus essentiels de la reconstitution des parties dans le bec de lièvre complexe. Le précepte n'en est donné dans aucun des ouvrages didactiques et des traités classiques; jamais, que je sache, on n'a insisté sur elle comme il fallait le faire, dans les nombreuses discussions qui se sont produites à propos de l'opération du bec-de-lièvre; elle est néanmoins une des conditions essentielles à remplir pour obtenir un bon résultat plastique. Aussi, depuis bien des années, j'ai adopté et recommandé l'emploi d'un procédé auquel j'ai dû de très beaux succès.

Dans le bec-de-lièvre complet, uni ou bilatéral, dans lequel la fente de la lèvre se prolonge jusque dans la narine, avec ou sans division ou saillie du bord alvéolaire, il y a une malformation complexe de la narine. Non seulement la face postérieure de cet orifice présente une fente qui fait communiquer ce vestibule des fosses nasales avec le vestibule de la bouche, mais l'aile du nez elle-même est implantée vicieusement; elle s'insère à la joue même, bien en dehors du point auquel elle devrait normalement se rattacher; elle est aplatie et comme étalée sur l'orifice de la narine. Une suture, même très complète, réunissant les lèvres d'un avivement remontant jusque dans la narine, non seulement est difficile à réaliser, mais elle ne remédie pas à ce vice de conformation de l'aile du nez. Aussi est-il très commun, à la suite d'opérations,

même bien faites, de voir persister l'aplatissement de la narine, tandis que l'orifice de celle-ci surmonte comme un trou béant la lèvre supérieure dont la hauteur à ce niveau est diminuée de la quantité dont sont accrues les dimensions verticales de l'aditus qui donne accès dans la fosse nasale correspondante.

L'observation que je viens de vous communiquer montre comment il faut parer à cet inconvénient. Dans tous les cas de bec-de-lièvre où la division comprend la face postérieure de la narine, il faut détacher complètement l'aile du nez de la joue et de la lèvre correspondante et venir fixer la pointe du lambeau constitué par l'aile du nez ainsi libérée, à la sous-cloison préalablement avivée. La narine, dès lors, présente un contour circulaire, elle forme de nouveau un canal véritable et non plus seulement une fente ou un trou béant; l'aile du nez reprend sa forme arrondie et bombée, l'aplatissement latéral du nez a disparu et la restauration de la forme est aussi parfaite qu'on peut l'obtenir. J'ajoute que l'incision qui a libéré la narine permet d'utiliser les parties molles de la joue elle-même pour reconstituer la partie supérieure de la lèvre qui, de la sorte, gagne en hauteur et en solidité, et que la fixation de l'aile du nez même à la sous-cloison est la meilleure des garanties pour la solidité de la suture.

Bien entendu, quand la malformation est bilatérale, la réparation de la narine doit être faite également des deux côtés.

Telle est la modification que je conseille d'apporter aux procédés communément employés de l'opération des becs-de-lièvre. L'observation de ma petite malade présente en outre plusieurs points intéressants, entre autres la difficulté que j'ai eue de faire tenir en place, même par la suture, l'os incisif ramené en avant par la traction exercée sur lui par le nez, agissant comme un ressort, même après la résection cunéiforme de la cloison faite par le procédé Blandin-Mirault. Il me fallut, pour vaincre cet obstacle, faire une autre section de la cloison portant, non plus sur son bord inférieur, mais sur sa partie supérieure, au-dessus de l'os incisif, après avoir détaché de celui-ci le petit lambeau cutané formé par les parties molles de la région moyenne de la lèvre; mais on conçoit que, pour pratiquer cette seconde section qui séparait le tubercule incisif de toutes ses connexions osseuses, il ait été nécessaire de ménager d'abord le périoste et la muqueuse qui recouvraient le pédicule vomérien, faute desquels ce tubercule se serait trouvé privé de ses moyens d'existence. Après cette deuxième section de la cloison, non seulement la pointe du nez, que la fixation de l'os incisif au niveau du bord alvéolaire avait fortement déprimée, a repris et gardé sa place, mais l'os incisif lui-même n'a plus manifesté aucune tendance à se déplacer et à se reporter en avant.

Discussion.

M. Jalaguier. — J'ai eu l'occasion de pratiquer l'opération de Berger chez une jeune fille antérieurement opérée sans succès par Trélat. J'ai obtenu un résultat excellent.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
Quénu.

Séance du 18 mars 1896.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Un travail de M. Longuet, interne des hôpitaux de Paris, intitulé : *Traitement chirurgical de l'angio-cholécystite non tuberculeuse.*

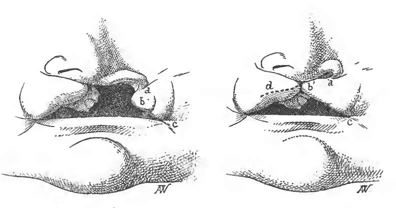
A propos du procès-verbal.

Traitement opératoire du bec-de-lièvre compliqué.

M. Kirmisson. — Comme vous, Messieurs, j'ai admiré dans la dernière séance le résultat opératoire qu'a fourni à M. Berger son procédé dans le bec-de-lièvre compliqué. Mais ce procédé, qui suppose l'isolement complet de la narine et de la lèvre par une incision et une dissection étendue, ne laisse pas que de constituer un traumatisme important. Sur un enfant de 18 mois, comme celui qui nous a été présenté par M. Berger, l'objection a peu d'importance ; elle en acquiert une réelle, si l'on opère un enfant de trois ou quatre mois. Aussi, depuis longtemps déjà, ai-je adopté chez les

petits enfants de cet âge un procédé plus simple et qui m'a donné de bons résultats. Comme M. Berger, je me propose d'obvier au déplissement de la narine et à son étalement sur la joue ; mais au lieu de séparer complètement par une incision transversale l'aile du nez de la portion attenante de la lèvre, je me contente, après avoir libéré ces parties de leurs adhérences au maxillaire, d'imprimer à la lèvre un mouvement de torsion, qui fait que le bord de la fente (le gauche, je suppose), de vertical qu'il était, devient horizontal ; il me sert à reconstituer l'orifice de la narine, qui est ainsi rapproché de la ligne médiane et n'est plus étalé sur la joue. Le bord libre de la lèvre est avivé, et sur lui, on vient appliquer un lambeau, taillé à la façon de Mirault (d'Angers), que l'on emprunte à l'autre bord de la solution de continuité.

La figure ci-jointe permettra de comprendre plus aisément ce



mode opératoire, dont la description est toujours difficile à donner.

M. Championnière. — Je pense, comme mes collègues, qu'il y a un grand intérêt à pousser le plus loin possible le détachement de la lèvre et de l'aile du nez. Les détails du procédé peuve ntvarier.

Dans la réunion des parties, je crois que deux conditions sont capitales pour conserver à la lèvre l'épaisseur nécessaire.

On néglige souvent la suture de la muqueuse, je crois, au contraire, qu'il y a là une pratique tout à fait importante. Je suture avec beaucoup de soin la muqueuse, et je crois que cette pratique a beaucoup contribué à me donner l'épaisseur nécessaire à la lèvre. J'ai pu montrer autrefois à notre président, M. Monod, un enfant chez lequel la lèvre avait toute l'épaisseur d'une lèvre normale plusieurs années après l'opération.

Je fais donc une suture superficielle, une suture intermédiaire, et une suture muqueuse.

J'attache aussi une certaine importance, en rapprochant en arrière les parties par les sutures, à ne pas mettre mes sutures postérieures directement derrière les sutures antérieures. Il faut se défier de la continuité des cicatrices trop proches qui se rétractent et amincissent une partie de lèvre et la rendent irrégulière.

M. Berger. — Ce n'est pas de décollement de la lèvre et de l'aile du nez d'avec l'os maxillaire que je préconise, ceci va de soi et tous les chirurgiens le font ; ce qui constitue l'originalité de mon procédé, c'est le détachement complet de l'aile du nez d'avec les sillons naso-jugal et naso-labial ; de la sorte l'aile du nez me forme un petit lambeau triangulaire dont je suture la pointe à la sous-cloison avivée.

Le procédé de M. Kirmisson est bon, mais j'ouvre plus loin en détachant l'aile du nez, j'ai une adhésion plus solide et je n'ai jamais eu de suture qui ait lâché ; quant aux sutures de la muqueuse, je les ai laissées de côté à cause de la difficulté de les bien faire. Je passe mon aiguille au ras de la muqueuse et j'obtiens un affrontement parfait. J'applique comme pansement des bandelettes collodionnées sur la joue de chaque côté.

M. Kirmisson. — Ces débridements latéraux ne sont-ils jamais devenus des cicatrices désagréables ?

M. Berger. — Je n'en ai jamais vu devenir chéloïdiennes.

Communication.

Lithiase de la vésicule biliaire et cholécystostomie (Diagnostic et statistique opératoire),

Par M. le Dr TUFFIER.

Cette communication touchera deux points de l'histoire des calculs de la vésicule biliaire : le premier aura trait à leur diagnostic différentiel et le second à leur traitement. Ce dernier comprendra la statistique intégrale de toutes mes opérations pratiquées pour *lithiase de la vésicule biliaire*. Je laisserai de côté avec intention ce qui a trait à la chirurgie du canal cystique et du canal cholédoque, pour traiter exclusivement des calculs du cholécyste. La question ainsi limitée aura chance de permettre des conclusions plus fermes.

I. — Le premier fait sur lequel je désire appeler votre attention

est le diagnostic différentiel, quelquefois fort dificile, entre un kyste hidatique du foie et une hydropisie calculeuse avec *bile incolore* de la vésicule. Voici l'histoire d'une malade chez laquelle ce diagnostic a été particulièrement mouvementé. — En septembre 1894, j'eus à examiner une religieuse âgée de 40 ans, qui présentait une tumeur du flanc droit dont le point de départ était obscur : on hésitait entre le rein et le foie. Cette femme, grande, maigre, autrefois chlorotique, souffrait depuis 7 à 8 ans de douleurs assez vives survenant par crises après le repas, occupant la région épigastrique. Ces crises gastralgiques ne s'accompagnaient jamais de vomissements, ni d'ictère; elles duraient quelques jours, à intervalles irréguliers, mais dans ces derniers temps, elles s'étaient notablement rapprochées. C'est alors, en février 1894, qu'elle remarqua une tuméfaction douloureuse de l'hypocondre droit. On pensa à un rein mobile; une ceinture fut appliquée en vain et je fus appelé à l'examiner.

Il existe au niveau du flanc droit une tumeur du volume d'une tête de fœtus siégeant entre les fausses côtes et l'ombilic. Cette tumeur est ronde, lisse, mobile avec la respiration, régulière, ballottante, mais non réductible dans la fosse lombaire. Elle est mate à la percussion, et cette matité se continue en haut avec celle du foie. Je porte le diagnostic : tumeur liquide de la vésicule biliaire; et, comme aucun traitement n'avait été suivi, la malade est soumise par un de mes collègues à la thérapeutique générale des affections hépatiques. Après six mois de médications diverses, je revois cette malade en avril 1895, et comme la tuméfaction a augmentée, je l'opère le 3 avril avec l'aide de mes élèves Pascal, Huber et Bresset, et de mon confrère le Dr Pirodon. Incision sur le bord externe du muscle grand droit, ouverture du péritoine; les anses intestinales écartées, je trouve une énorme tuméfaction occupant la face intérieure du foie, absolument lisse, à parois d'une minceur extrême et d'une transparence parfaite. Sa partie inférieure est libre et sa face supérieure est largement creusée dans le foie, — Je pense à un kyste hydatique de la face inférieure du foie, et ma conviction se change en certitude quand, enfonçant un trocart de Dieulafoy dans la tuméfaction, je retire près d'un litre d'un *liquide parfaitement transparent, clair et limpide comme de l'eau de roche.* Je fixe le kyste à la paroi abdominale par deux rangs de sutures continues et j'ouvre le prétendu kyste. Je mets le doigt dans sa cavité, et je retire successivement 22 volumineux calculs biliaires, puis un 23e qui est enchatonné à la partie supérieure de la vésicule. Voici ces 23 calculs. Un drain est placé dans la vésicule et la paroi est suturée en étages. Pansement iodoformé et ouaté. Les suites opératoires sont très simples. La température reste toujours à 37°;

il n'y a aucun écoulement de bile. Le drain est enlevé le sixième jour, et au quinzième la cicatrisation est complète. J'ai examiné cette religieuse ces jours derniers, elle n'a eu aucun accident depuis son opération et il ne lui reste aucun empâtement de la région opérée.

Les *hydropisies transparentes* de la vésicule dans la lithiase biliaire sont relativement rares. Leur histoire se confond avec celle de la bile incolore et décolorée. Le cas que je viens de vous rapporter est remarquable par la transparence parfaite du contenu vésiculaire. J'en ai relevé quelques exemples, depuis le fait de Graaf en 1761, et ceux que Fabre (1835), Richard (1845), Corvisart (1848) ont consigné dans les *Bulletins de la Société anatomique.* Il ne s'agit pas ici de ces cas si intéressants que M. Hanot vient d'étudier sous le nom d' « acholie pigmentaire », dans lesquels la bile est bien réellement *décolorée* par une lésion hépatique. Dans l'hydropisie de la vésicule, le contenu incolore du cholécyste me paraît, comme le veut Frerichs, un produit des glandes muqueuses de la vésicule, qui a pris la place de la bile résorbée. Mon ancien élève Letienne m'a communiqué un fait d'autopsie où un kyste à contenu semblable existait à la naissance des canaux hépatiques. Dans les cas rapportés par tous les auteurs il y avait en général obstruction des voies biliaires.

Les calculs contenus dans la vésicule n'étaient point des concrétions phosphatiques : véritables *calculs pariétaux* (Letienne, *Médecine moderne*, 17 août 1895) dus à une précipitation des sels du liquide cholécystique, ils avaient la couleur, la forme, la structure, la composition *des calculs biliaires.* Il semble donc qu'ils aient précédé l'apparition du liquide limpide et clair, qu'ils appartiennent à une époque où la vésicule contenait de la vraie bile, et je dirai volontiers qu'ils ont été pour une part dans cette sécrétion exagérée du cholécyste, parce que leur extraction pure et simple a suffi à tarir la sécrétion de ce liquide. En somme les grosses hydropisies de la vésicule peuvent être constituées par un liquide transparant simulant un kyste hydatique et pouvant cependant contenir des calculs biliaires, le tout peut guérir par la simple extraction des calculs et le drainage de la vésicule.

II. — Je voudrais maintenant vous rapporter l'histoire des treize autres opérations que j'ai pratiquées de 1891 à 1895 pour lithiase exclusivement limitée à la vésicule biliaire. Ces faits n'ont d'autre intérêt que de représenter une statistique complète émanant d'un même chirurgien, et portant sur une seule opération, la cholécystostomie temporaire. Nous savons tous, depuis les travaux du professeur Terrier et de son école, la valeur des différents procédés

opératoires destinés à remédier aux accidents lithiasiques de la vésicule et je ne m'attarderai pas à vous les décrire, ni à les discuter. La cholécystotomie avec suture immédiate de la vésicule, dite cholécystotomie idéale : la cholécystectomie, et enfin l'incision de la vésicule avec suture à la paroi abdominale et drainage plus ou moins prolongé de sa cavité, ou cholécystotomie temporaire, telles sont les méthodes actuelles qui se disputent la faveur des chirurgiens. Pour ma part, je n'ai eu l'occasion de pratiquer que la cholécystostomie, et ce procédé, qui est de beaucoup le plus simple, m'a toujours suffi à guérir mes opérés.

Le *Manuel opératoire* suivi dans tous mes cas a été identique, c'est celui de la cholécystostomie avec sutures interstitielles du professeur Terrier et des Américains ; incision sur le bord externe du muscle grand droit, ouverture de la cavité péritonéale ; et alors, de deux choses l'une, ou l'on tombe sur une série d'adhérences au milieu desquelles on va plus ou moins péniblement rechercher la vésicule petite et ratatinée, ou bien ces adhérences manquent et alors je ponctionne la vésicule, puis je la suture au péritoine pariétal de façon à fermer complètement la grande séreuse. Les adhérences ainsi établies, j'ouvre la vésicule dans l'espace compris entre mes sutures, j'extrais les calculs, et, suivant les dimensions du foyer, je draine ou je tamponne à la gaze iodoformée.

Voici le bilan de mes opérations. Mes quatorze malades étaient treize *femmes* et un homme, leur *âge* variait de 24 à 61 ans (quatre de 20 à 30 ans, cinq de 30 à 40 ans, deux de 40 à 50 ans, une de 61 ans). Les accidents pour lesquels je les ai opérés *dataient* d'une époque éloignée, ils étaient en général devenus aigus dans les derniers mois qui avaient précédé l'intervention. Je relève comme dates de début : 7 ans, 8 ans, 8 mois, 3 mois, 2 mois. La vésicule biliaire présentait un *aspect différent* suivant les cas : trois fois elle est notée *très volumineuse*, deux fois elle contenait un liquide clair et fluide plus ou moins visqueux ; dans le cas que j'ai rapporté plus haut, ce liquide était transparent. Chez tous mes autres malades, on sentait au-dessous du foie une masse volumineuse, mais elle était constituée par des adhérences. C'est là une cause d'erreur que M. Terrier et moi-même avons déjà signalée. La vésicule, dans ces cas, est ou petite et ratatinée, ou exactement moulée sur les calculs qu'elle contenait.

Le *nombre des calculs* extraits est extrêmement variable. Chez une malade opérée à la maison Dubois, mes élèves ont compté 500 calculs et plus. Je trouve ensuite, noté dans mes autres observations, 70 chez une malade opérée à Beaujon, 23, 19, 4, 2, et enfin, dans deux cas, 1 calcul unique, très volumineux. Tous étaient des calculs biliaires, à facettes, à l'exception de celui d'une femme

que j'opérai à Beaujon sur la demande de M. le Dr Guyot pour un phlegmon péricystique au cours d'une dothiénentérie. J'ai trouvé dans ce cas un calcul du volume d'une dragée, formé, d'après mon collègue Gilbert, de cholestérine pure. Deux fois j'ai trouvé du sable biliaire au milieu d'une boue noire et de fausses membranes épaisses.

L'état *bactériologique* de la vésicule n'a pas été constaté dans tous les cas : trois fois l'infection était coli-bacillaire ; dans trois autres cas, les accidents s'accompagnaient de suppuration et je pus en conclure que la vésicule était infectée ; enfin, dans trois cas, la vésicule, petite et sclérosée avec adhérences périphériques, me permit de croire à l'état septique du contenu.

Je voudrais pouvoir tirer de ces différentes constatations des *éléments de pronostic.* De mes quatorze malades, onze sont restés guéris, deux ont succombé malgré mon intervention, dans des conditions dont l'opérateur ne peut être rendu responsable ; enfin une est morte d'une péritonite aiguë post-opératoire. De mes deux premiers échecs, l'un est celui d'une opération pratiquée à Beaujon le 31 octobre 1893 pour des accidents aigus péricystiques, au cours d'une dothiénentérie ; la malade a succombé au onzième jour des suites de sa fièvre typhoïde, ainsi que l'autopsie l'a montré. Il n'existait pas la moindre réaction péritonéale. Le second a trait à une femme de 61 ans, atteinte depuis quatre mois d'un ictère chronique, et dont les accidents gastro-hépatiques remontaient à 8 ans. Je l'opérai le 8 octobre 1894 pour des accidents aigus de péricholécystite ; je pus extraire 19 calculs. La malade succomba quarante-huit heures après l'opération, sans lésion péritonéale. En revanche, chez une femme que j'opérai à la maison Dubois le 4 juin 1895, et à laquelle je dus extraire au milieu d'une bouillie noirâtre plus de 500 calculs, la mort, survenue au septième jour, était nettement due à une péritonite. Cet accident est, je crois, imputable au *Manuel opératoire* que j'ai appliqué dans cet unique cas, aussi je tiens à vous le signaler. Chez tous mes opérés, je pratique l'ouverture de la vésicule après ponction, et fixation à la paroi par deux rangées de sutures qui ferment la paroi de la vésicule contre les deux rangées de sutures. Chez cette dernière malade, la vésicule était si bien isolée, et je croyais avoir si bien garni mon champ opératoire que je commis l'imprudence d'ouvrir cette vésicule avant de l'avoir suturée. L'énorme quantité de calculs et la gangue noirâtre dans laquelle ils étaient contenus était remplis de coli-bacille, et je ne doute pas que, pendant l'extraction de cette masse, une inoculation quelconque, directe ou indirecte, se soit produite. L'exemple pourra servir à d'autres chirurgiens, c'est pourquoi je tiens à le relater ici.

Mes onze autres malades ont guéri et je puis dire complètement et définitivement. Les *suites opératoires* ont été assez simples. Deux fois seulement, le jour même de l'opération, le pansement fut inondé de bile. En général, c'est du deuxième au troisième jour que l'écoulement est le plus abondant, et nécessite deux pansements par jour. Vers le sixième ou septième jour l'écoulement diminue et, dans toutes mes observations, au-delà d'un mois, il était tari. Dans un seul cas il a persisté sept semaines mais en si faible quantité que la malade n'en était aucunement incommodée. C'est dire que je n'ai pas rencontré l'accident qui, je crois, se présente dans un certain nombre de cas : la fistule biliaire persistante. Je n'ai pas davantage rencontré de récidive des calculs ; il est vrai que mes opérations ne datent qu'au plus de 3 à 5 ans. Les adhérences péricystiques, toute cette masse inflammatoire qui entourait la vésicule au moment de l'opération, semblent avoir disparu puisque rien n'indique leur présence chez mes malades et qu'aucun d'eux ne se plaint d'une douleur quelconque à ce niveau.

Ni la *longue durée* des accidents, ni *le volume de la tumeur* ne sont des éléments de pronostic. *L'état antérieur du foie* aurait une grosse importance s'il était possible de le déceler, malheureusement, nous sommes bien peu renseignés à cet égard. Il en est autrement de *l'état bactériologique de la vésicule biliaire*. Tous mes malades dont la vésicule paraissait aseptique au moment de l'opération ont guéri sans complication. Au contraire, tous les opérés que j'ai perdus présentaient une infection cholécystique. Je serais porté à croire que les grosses vésicules infectées et contenant de très nombreux calculs (500 dans mon cas) comportent peut-être un pronostic plus grave.

Je n'ai pas la prétention, dans l'exposé de ces faits, de vouloir faire de la cholécystostomie l'opération unique contre la lithiase cholécystique, mais j'ai voulu montrer combien son champ d'action était étendu. Je la considère comme une excellente opération qui est facile et bénigne, et qui peut suffire à guérir nos malades quel que soit le nombre et le volume des calculs, quel que soit même l'état de la vésicule biliaire. Les deux gros reproches qu'on lui adresse, la persistance d'une fistule, la récidive des calculs et le développement d'accidents dus à des adhérences, sont incontestables dans certains cas, mais ces cas me paraissent rares et, je ne les ai jamais observés. La cholécystectomie est certainement une opération plus radicale, peut-être est-elle plus difficile. Je ne sais si ses dangers ne sont pas plus considérables que ceux de la simple incision. Quant à la cholécystotomie idéale, c'est-à-dire l'incision avec suture immédiate de la vésicule, je la considère comme une opération exclusivement réservée aux cas dans les-

quels la vésicule est aseptique et la perméabilité des voies biliaires certaine ; or la constatation de cette asepsie est bien délicate au cours d'une opération, la perméabilité des voies biliaires est au moins aussi aléatoire, et, de plus, cette perméabilité existant au moment de l'opération peut ne plus exister les jours suivants ; je crois donc que cette opération idéale a des indications bien rares, en dehors desquelles elle est toujours téméraire.

L'écoulement biliaire qui succède à l'ouverture de la vésicule est certainement une cause d'infériorité, mais je ne l'ai jamais vu suffisant pour compromettre à lui seul l'existence des malades. Cet écoulement se tarit spontanément entre huit jours et deux mois, dans le plus grand nombre des cas. Je crois donc qu'à cet égard il ne faut pas faire d'opération précoce contre une fistule biliaire qui a la plus grande chance de ne pas devenir définitive. Quant aux procédés opératoires destinés à remédier à l'écoulement de la bile en faisant une boutonnière musculaire autour de l'ouverture de la vésicule (Delagenière), je ne les ai pas employés moi-même, mais je crois que la persistance d'une fistule est bien plutôt liée à un état infectieux amenant une sténose des voies biliaires qu'à la disposition de l'orifice fistuleux.

En somme, j'ai voulu vous montrer quels avantages présentait la cholécystostomie temporaire, et je serai très heureux si ces faits sont le point de départ de l'exposé statistique de mes collègues sur cette question.

Rapport.

Sur un travail de M. Chevassu intitulé : *Péritonite suppurée enkystée consécutive à une appendicite perforante survenue pendant la convalescence d'une scarlatine.*

Rapport par M. PICQUÉ.

Messieurs, M. le Dr Chevassu, médecin très distingué de l'armée, a adressé à la Société de chirurgie, une série d'observations sur lesquelles vous m'avez chargé de vous présenter un rapport d'ensemble.

Il s'agit d'abord de deux observations d'appendicites.

La première porte le titre suivant : *Péritonite suppurée enkystée consécutive à une appendicite perforante survenue pendant la convalescence d'une scarlatine. Incision de Roux ; résection de l'appendice perforé et renfermant un corps étranger. Guérison.*

En voici le résumé.

Le 21 juillet 1895 M. le médecin Julié vint prier son collègue, M. Chevassu, d'examiner un malade de son service, présentant tous les signes d'une péritonite aiguë enkystée.

X..., âgé de 21 ans, sapeur au 1er génie, entré à l'hôpital de Versailles le 2 juillet pour une scarlatine. Il se trouvait en pleine convalescence, lorsque le 16, sans cause appréciable, il ressent une vive douleur dans l'abdomen, bientôt suivie de frissons, de vomissements et de fièvre. Le 18, les vomissements cessent, mais le malade a des nausées.

Persistance de la fièvre ; le facies est grippé ; le pouls est fréquent (96), filiforme, les urines sont rares, albuminurie, il existe de la constipation.

A l'examen, notre confrère constate que le ventre est ballonné, sensible dans toute son étendue à la palpation, avec maximum de douleur dans la fosse iliaque droite, à ce niveau, il existe de la matité et de l'empâtement. Pas de bruit hydroaérique.

Il y a de l'agitation ; la langue est sèche, le facies grippé, mais le pouls, quoique fréquent, reste fort et régulier.

M. Chevassu établit le diagnostic de péritonite probablement enkystée, consécutive à une perforation de l'appendice et propose au malade, qui l'accepte, l'intervention opératoire. Incision latérale de la paroi de 14 centimètres de long au niveau de la fosse iliaque gauche.

Incision latérale de la paroi, de 14 centimètres de long, au niveau de la fosse iliaque droite.

L'ouverture du péritoine amène l'issue d'une grande quantité de liquide trouble, floconneux, répandant une odeur infecte. Ce liquide est contenu dans une sorte de poche, limitée en dedans par les anses intestinales agglutinées et paraissant devoir se séparer à la moindre traction.

Le doigt introduit dans l'abdomen reconnaît le cæcum distendu ; à mesure que le doigt s'enfonce du côté de l'excavation pelvienne, il s'écoule un liquide plus épais et plus fétide.

M. Chevassu arrive facilement à isoler l'appendice et à l'amener au dehors. Il présente près de sa partie inférieure une large perforation par laquelle s'échappent des gaz ; la ligature et la résection sont faites selon les règles ordinaires.

La poche est dès lors nettoyée avec soin, à l'aide d'une éponge imprégnée d'une solution antiseptique ; suture de la plaie cutanée à ses deux extrémités. Drainage à l'aide de deux gros drains et d'une mèche de gaze iodoformée.

Le pus a été examiné ; il renfermait le coli bacille et de nombreux streptocoques.

Dès le lendemain, l'état général et local étaient entièrement modifiés ; la température est tombée à 37°, le pouls à 80 ; les nausées ont cessé.

La guérison s'est faite régulièrement ; elle était achevée le 10 septembre.

La deuxième observation porte le titre suivant : *Appendicite aiguë. Incision de Roux, extraction d'un corps étranger présentant le volume d'un gros noyau de cerise. Guérison.*

Jules L..., soldat au 20e escadron du train des équipages, entre à l'hôpital de Versailles le 20 avril 1895, avec le diagnostic embarras gastrique fébrile.

Bonne santé habituelle. Deux jours avant son entrée, sans cause connue, ce soldat ressent brusquement une vive douleur dans l'abdomen, qui ne tarde pas à se localiser dans le flanc droit.

Troubles gastro-intestinaux. Température 39°,1.

A l'entrée du malade dans le service de M. le médecin principal Benoist le ventre est ballonné et douloureux ; la moindre pression provoque une souffrance qui s'exagère au niveau de la fosse iliaque droite. La constipation est opiniâtre ; les vomissements ont cessé et la température est à 39°,5.

Le 24, M. Chevassu est appelé à voir le malade. Malgré la vive douleur ressentie dans le côté droit par la pression, même légère, de la main, il arrive à constater dans la fosse iliaque droite, l'existence d'un empâtement profond, qui se traduit d'ailleurs à l'œil, dit notre confrère, par une légère voussure de la paroi. On n'y constate pas d'ailleurs de fluctuation. Il y a toutefois de la matité à ce niveau.

Le début brusque de la maladie, la douleur fixe et bien localisée, l'empâtement et la matité ne peuvent laisser place au doute sur la nature de la maladie et M. Chevassu admet l'existence d'une collection purulente, consécutive à la perforation de l'appendice. Une intervention est proposée au malade qui l'accepte.

Incision de 14 centimètres, dirigée parallèlement à l'arcade de Fallope, 7 centimètres au-dessus de l'épine iliaque antérieure, 7 centimètres au-dessous. L'incision du feuillet péritonéal amène un flot de pus fétide, mélangé de gaz.

L'exploration digitale de la corte permet d'y découvrir un coprolithe, plus gros qu'un noyau de datte.

L'appendice perforé est adhérent au cœcum et noyé dans d'épaisses fausses membranes. M. Chevassu, très sagement, renonce à le reséquer. Désinfection et drainage de la poche. Le lendemain, la température est tombée ; tous les symptômes généraux ont disparu. A la fin du mois, le malade est complètement rétabli.

Messieurs, les deux faits que je viens de résumer devant vous démontrent une fois de plus les résultats heureux qu'on peut obtenir dans les cas d'appendicite perforante, en intervenant de bonne heure et en suivant une bonne technique. Sans revenir sur ce qui a été dit dans les dernières séances sur la recherche des foyers disséminés, je me bornerai à vous rappeler que, chez le premier malade de M. Chevassu, l'introduction prudente du doigt dans l'excavation a amené l'issue d'une nouvelle quantité de pus, et que

l'évacuation complète de la collection sous-jacente a amené, dans ce cas, la cessation presque immédiate des accidents.

Dans le deuxième cas, notre confrère a bien fait, selon la pratique que vous avez fixé, d'abandonner un appendice, perforé à la vérité, mais trop adhérent.

C'est la conduite que j'ai vu suivre également avec succès par mon maître, le professeur Berger, dans un cas où j'avais l'honneur de l'assister et qu'il a publié ici.

Une troisième obervation, adressée par notre confrère, porte le titre suivant : *Tumeur fibreuse du dos de la main droite englobant les tendons extenseurs des trois derniers doigts, tumeur survenue à la suite d'une piqûre par une épine retrouvée au centre de la tumeur.*

En voici le résumé :

Auguste D..., 22 ans, soldat au 124e régiment d'infanterie, entre à l'hôpital le 30 avril 1895.

Un an auparavant, il fut blessé par une épine qui pénétra au niveau de la partie moyenne du 2e espace interosseux de la face dorsale de la main droite. Une portion de cette épine qui, au dire du malade, avait 3 centimètres de longueur, demeura dans la plaie. Dès le lendemain, une tuméfaction assez marquée avait envahi tout le dos de la main et de l'avant-bras. Une tentative d'extraction est faite, mais ne donne aucun résultat.

La tuméfaction a rapidement diminuée, mais, depuis cette époque, le malade a toujours ressenti quelques douleurs qui devenaient plus vives dans les mouvements de la main et qu'il compare à une piqûre profonde.

Il y a cinq mois, survint un léger gonflement au voisinage du point d'entrée de l'épine ; depuis le gonflement a augmenté lentement, mais progressivement. Il existe de plus de l'engourdissement et des fourmillements dans l'annulaire et le médius. Les mouvements des doigts provoquent de la douleur.

A l'examen, M. Chevassu constate sur le dos de la main droite une tumeur ayant le volume et la forme d'un macaron. Elle s'étend de l'extrémité supérieure à l'extrémité inférieure des trois derniers métacarpiens et dans le sens transversal du 2e espace interosseux à la partie interne du dos de la main. La peau est mobile sur la tumeur ; elle-même est mobile sur les parties sous-jacentes, quand les tendons extenseurs sont dans le relâchement; mais elle est rapidement immobilisée sous l'influence de la contraction musculaire.

Elle est dure, bosselée, rénitente, mais ne présente aucune fluctuation.

Quand on comprime transversalement la tumeur, le malade accuse une sensation de piqûre profonde. Les circonstances étiologiques et les caractères de la tumeur conduisent notre confrère à porter le diagnostic de tumeur fibreuse développée autour d'un corps étranger.

Le 6 mai, M. Chevassu pratique, sous chloroforme, l'ablation de cette tumeur.

L'adhérence qu'elle a contractée avec les tendons extenseurs des trois derniers doigts en rend la dissection très laborieuse.

Suture sans drainage. Réunion par première intention.

Au bout de quelques jours, le blessé quitte l'hôpital complètement guéri; il a recouvré les mouvements des doigts dans toute leur intégrité.

Au centre de la tumeur se trouvait l'épine, mesurant 12 millimètres de longueur.

L'examen histologique n'a pas été fait.

Messieurs, il est bien regrettable que notre confrère n'ait pu faire examiner cette tumeur au point de vue histologique. Tout intéressant que soit ce fait signalé par M. Chevassu, il ne peut, dans ces conditions, éclairer le problème si difficile de l'origine traumatique des tumeurs et du fibrome en particulier, car, même en tenant compte du mode d'évolution de cette tumeur, il est impossible, en dehors du microscope, d'établir scientifiquement s'il s'agissait d'un produit inflammable résultant d'un phlegmon chronique ou d'un néoplasme véritable.

Le dernier cas qui nous est envoyé par l'auteur porte le titre suivant : *Suture de l'urètre pour une rupture traumatique. Réunion avec conservation du calibre normal du canal.*

En voici le résumé :

Le 4 juin 1895, le soldat P..., du 16e bataillon d'artillerie, tombe de sa hauteur sur une roue de caisson. Uréthrorrhagie immédiate. Tentative infructueuse de cathétérisme.

Le lendemain seulement il est transporté à l'hôpital de Versailles, où il arrive vers 3 heures.

La retention d'urine est complète depuis l'accident. La vessie est très distendue et remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'uréthorrhagie a continué depuis l'accident. Au niveau du périnée existe une tuméfaction oblongue, médiane, formant un boudin du volume de deux doigts.

M. Chevassu pratique d'urgence l'intervention. Après les précautions d'usage, il incise le périnée sur la ligne médiane, depuis le périnée jusqu'à l'anus.

L'aponévrose superficielle est incisée sur la sonde cannelée; au-dessus existe une cavité remplie de caillots et dans laquelle notre confrère fait une irrigation antiseptique. Une sonde en gomme, introduite par le méat, fait saillie dans la plaie.

Il est facile de constater alors que la déchirure du canal, qui siège dans la région bulbeuse, n'est tout à fait complète. Les deux bouts de l'urètre, distants de 1 millimètre 1/2, sont reliés par une languette de la paroi supérieure qui mesure à peine 1 millimètre de largeur.

M. Chevassu laisse une sonde à demeure n° 16 et suture le canal par 4 fils de soie en évitant de traverser la muqueuse. Suture par 6 fils de soie transversaux de la portion musculo-aponévrotique de la plaie.

Réunion de la plaie sans drainage.

Les suites ont été des plus simples.

Le 13, les sutures sont enlevées ; la plaie est entièrement réunie, le périnée est souple ; suppression de la sonde à demeure.

Depuis, le malade urine aussi bien qu'avant l'accident; la bougie 22 de la filière Charrière passe très facilement.

Messieurs, ce succès fait honneur à notre confrère de l'armée, tant à cause de la promptitude de sa décision opératoire que de l'habileté avec laquelle il a conduit cette intervention ; le résultat qu'il a obtenu vient, après d'autres, confirmer l'utilité de la suture immédiate dans les ruptures traumatiques de l'urètre, méthode thérapeutique qui a été défendue au sein de notre Société par d'éminents collègues.

Cette suture de l'urètre, malheureusement, n'est pas toujours possible si la solution de continuité est trop grande ou si ses bords sont cintrés. C'est dans ces cas qu'on pourra alors recourir à l'ingénieux procédé de suture para-urétrale imaginé par le professeur Guyon, et qui a donné maintes fois, entre ses mains et celles de ses élèves, les preuves de son efficacité.

Cette méthode peut, à la vérité, aussi bien s'appliquer dans les cas de rupture spontanée que dans les ruptures consécutives au traumatisme.

C'est à ce titre que je crois pouvoir vous rappeler brièvement un cas récent de mon service de l'hôpital d'Ivry, dans lequel j'ai pu, avec succès, appliquer le procédé de M. Guyon.

Il s'agit d'un administré de l'hospice, âgé de plus de 60 ans et qui est évacué dans une salle avec le diagnostic d'orchite double porté par l'interne de service. Il existait une fièvre intense (40°) ; il ne me fut pas difficile d'établir le diagnostic d'infiltration d'urine.

Je pratiquai de suite l'incision périnéale à laquelle j'ajoutai une série d'incisions complémentaires.

Le résultat fut excellent, mais au bout de quelques semaines, je dus songer à rétablir le cours des urines.

Je pratiquai méthodiquement la recherche de deux bouts de l'urètre et je dus, pour faciliter le passage de la sonde dans le bout antérieur, pratiquer une urétrotomie externe suivie d'une résection des portions indurées du canal. Les deux extrémités du canal se trouvant dès lors à une trop grande distance l'une de l'autre, je ne pouvais songer à la suture, et j'appliquai l'ingénieux procédé de M. Guyon, trop connu de vous pour que j'aie à le décrire ici.

La suppuration qui existait dans cette région au moment de la pre-

mière intervention me plaçait, à la vérité, au point de vue du succès, dans ces conditions plus défavorables que dans le cas de rupture traumatique pour lesquels on intervient quelques heures après l'accident.

J'avoue que, malgré la désinfection minutieuse du foyer, j'avais quelques inquiétudes au point de vue du résultat. Le succès fut cependant excellent, et la réunion se fit par première intention, sauf au niveau du point inférieur, qui fournit pendant quelques jours une petite quantité d'urine.

Mais je n'ai voulu vous relater le fait que pour montrer une fois de plus que, même dans les cas où l'on doit se contenter de la suture para-uréthrale, le rétablissement du calibre de l'urèthre peut s'obtenir néanmoins.

Messieurs, la suture immédiate de l'urèthre ou la suture para-uréthrale sont, à mon avis, d'excellentes opérations, qui ont pour avantage prochain de supprimer d'emblée la fistule périnéale et de permettre au malade un très prompt rétablissement.

Mais, outre la rapidité de la guérison, ces opérations assurent-elles, davantage que les procédés autrefois mis en usage, un calibre régulier du canal ?

C'est là, en vérité, une question intéressante et qui viendrait doubler l'intérêt qui s'attache à ces opérations. J'ai vu un résultat durable dans un cas de résection du canal où je n'avais pu faire la réunion. Ce cas a été publié dans la *Médecine scientifique*. Mais il faudrait de nombreux faits suivis pendant longtemps pour trancher ce point de pratique, et je ne suis malheureusement pas aujourd'hui en état de vous les fournir.

Messieurs, je vous propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur ; 2° de déposer ses observations dans nos Archives ; 3° de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de la Société de chirurgie.

Communication.

Traitement des pseudarthroses du tibia par l'injection interfragmentaire de teinture d'iode

Par M. TACHARD, membre correspondant.

Le dernier congrès de chirurgie avait mis à l'ordre du jour de ses travaux la question de l'intervention opératoire précoce, ou tardive, dans les solutions de continuité des os. Cette question n'é-

tant pas tranchée, il n'est peut-être pas sans intérêt de rapporter deux faits se rattachant à ce sujet. La discussion du congrès a bien apporté des faits nouveaux, mais le traitement des pseudarthroses reste encore à étudier.

Dans cette note qui n'a d'autre but que de remettre en mémoire l'importance et la valeur des injections interstitielles de la teinture d'iode, préconisées par M. Guyon, je n'aurai en vue que le traitement des fractures du tibia à consolidation retardée.

Les fractures de la jambe constituent, pour les chirurgiens de l'armée, une véritable spécialité ; tous les ans, à l'arrivée des jeunes soldats, les fractures du tibia, par cause directe, s'observent en assez grand nombre.

Pour remédier à ces accidents, tous les appareils sont bons à condition d'être bien employés ; j'ai pour mon compte une préférence marquée pour le coussin bivalve de Laurencet, qui me paraît supérieur au plâtre surtout dans les premières semaines.

Comme M. Berger j'estime que le chirurgien doit diriger en personne le travail de consolidation des fractures, il est fâcheux que cette pratique, vieux jeu, ne soit pas du goût de la chirurgie moderne, qui se laissant entraîner aux séductions du bistouri quand même, abandonne trop volontiers aux assistants la direction du traitement des fractures.

Les blessés ne s'en portent pas mieux, et si une statistique était possible, elle démontrerait sans doute qu'à l'époque préhistorique de Gosselin, on guérissait en général mieux les fractures fermées qu'à l'heure actuelle.

J'ai traité depuis le mois de novembre dernier avec succès et dans le temps normal trois fractures ouvertes du tibia, produites par coup de pied de cheval ; les membres ont été placés pendant tout le temps dans des coussins bivalves, tenus en suspension, comme préconisait Mayor, sur un appareil à chariot, dont j'ai fait exécuter un modèle démontable d'une parfaite solidité.

L'un de ces blessés a dû supporter une traction prolongée pour maintenir la coaptation des fragments ; la visite quotidienne du membre, facile à faire dans un coussin bivalve, a permis de maintenir la réduction des fragments en bonne position. J'ai la conviction intime qu'une intervention sanglante précoce aurait, eu dans ces trois cas, une influence désastreuse, et que les anciens procédés, complétés par la pratique d'une antisepsie rigoureuse, ont permis de guérir ces trois fractures ouvertes d'une manière intégrale et dans les délais normaux.

Je ne suis pas ennemi des procédés nouveaux, et dans la fracture de la rotule ou de l'olécrane, j'admets, me basant sur trois observations personnelles, que là rien ne vaut mieux que la suture

immédiate; mais au tibia, je la rejette absolument, parce que des appareils bien appliqués et bien surveillés, donnent les meilleurs résultats, dans les fractures fermées ou ouvertes.

Avant d'exposer les cas cliniques qui seront la justification de cette communication, il est une question secondaire à discuter.

A l'en croire, la nouvelle génération aurait découvert que le plus grand nombre des pseudarthroses seraient dues à l'interposition d'un faisceau musculaire entre les fragments.

Dès qu'une fracture ne se consolide pas réglementairement, c'est qu'il existe des matières non ossifiables entre les fragments. Je suis loin de m'inscrire en faux contre les faits acquis, mais cette interposition musculaire n'est-elle pas souvent le résultat d'un traitement mal dirigé, d'une longue période d'inobservation sous un appareil plâtré devenu mauvais parce qu'il a été appliqué trop tôt après l'accident?

J'observe en moyenne 10 fractures du tibia par an; il y a parfois des réductions immédiates difficiles, mais avec la patience réciproque du blessé et du médecin, on finit par vaincre les résistances et obtenir des consolidations très avouables, n'entraînant aucune infirmité et ne motivant jamais une intervention chirurgicale. C'est peut-être une longue série. Je ne voudrais contrarier personne, mais, tout en admettant que les pseudarthroses peuvent résulter (ainsi que l'écrivait en 1844 Nélaton dans ses *Eléments de pathologie*) de l'interposition de muscles entre les extrémités fracturées, je crois, d'après mes observations, que cette complication est très rare; que, primitivement, elle n'est pas grave, mais qu'elle le devient par la suite. Ce n'est pas évidemment en vue d'une brillante opération ultérieure que les fractures sont en général plâtrées immédiatement; c'est un procédé commode mais non infaillible qui a l'inconvénient de laisser le blessé et le chirurgien dans une sécurité trompeuse.

Au bout de quelques semaines, lorsqu'un fragment non exactement maintenu s'est encapuchonné dans un muscle, il faut bien malgré tout lever cet étranglement, qu'il aurait été plus sage d'éviter en pratiquant la réduction et en assurant la coaptation. Gosselin disait avec raison dans ses cliniques : « Les pseudarthroses à la jambe sont excessivement rares chez les sujets qui ont été convenablement traités et qui l'ont été avec persévérance ».

Dans son rapport au congrès, Heydenreich, de Nancy, dit, en parlant du traitement des pseudarthroses : « La sécurité que nous donne l'antisepsie a fait reléguer au second plan la plupart des moyens autrefois employés : frottement des fragments, injections irritantes, etc..... L'intervention sanglante est devenue la méthode de choix ».

De choix pour le chirurgien, mais l'opinion du malade mérite d'être prise en considération, et si on lui fait d'un côté le tableau de l'opération à subir et de l'autre l'exposé de la méthode de M. Guyon, sa décision est vite prise.

Je ne citerai ici que la première et la dernière de mes observations favorables à la pratique des injections de teinture d'iode; l'une remonte au 1er janvier 1879, l'autre au mois d'octobre 1895. Deux mots seulement d'historique. Au mois d'août 1878, M. Viard, de Montbard, membre correspondant de la Société de chirurgie, relatait le cas d'une fracture des deux os de la jambe non consolidée au bout de sept mois; elle fut soumise sans succès à la résection suivie de suture métallique. Dans la discussion qui suivit cette communication, M. Guyon conseilla les injections de teinture d'iode dans le foyer de la fracture. Cette note était présente à mon esprit lorsque j'eus à traiter le malade dont je résume ici l'observation.

Obs. I. — Fracture des deux os de la jambe. Retard de consolidation. C., réserviste au 59e de ligne, âgé de 30 ans, fait, en franchissant un fossé, à Saint-Lys, pendant la manœuvre du 5 septembre, une chute dans laquelle il se fracture les deux os de la jambe gauche au tiers inférieur. Varioloïde en 1870. Pas de syphilis antérieure. Son père est âgé de 81 ans; sa mère de 75 ans; plusieurs frères bien portants.

Transporté à l'hôpital militaire de Toulouse, il fut, selon l'usage d'alors, placé dans la boîte de Baudens; à la fin de décembre le fragment supérieur très oblique fait une saillie qui n'a pu être corrigée; le travail de consolidation est nul et le blessé tombe dans un état moral inquiétant.

Je propose l'injection interfragmentaire de teinture d'iode, qui fut acceptée et pratiquée de la manière suivante :

1er	janvier 1879,	injection de	15 gouttes de	teinture d'iode.
5	—	—	20	—
10	—	—	20	—
15	—	—	20	—

Dès le 12 janvier, le travail de consolidation paraît commencer; la température axilaire, n'a jamais dépassé 37°,2. Le 1er février, la consolidation est obtenue; le 10, le malade se lève et commence à marcher; il est guéri peu de jours après.

Après quatre mois de traitement sans résultat, il est intéressant de voir dès la seconde injection la consolidation commencer et être complète au bout d'un mois. Je serais assez disposé à admettre que la teinture d'iode a une action spéciale et qu'elle est dans l'espèce l'irritant de choix, car le chlorure de zinc employé par M. Moty est resté sans effet utile, ainsi qu'il l'a dit au Congrès de chirurgie.

Chez mon second malade, il s'agissait bien d'une vraie pseudarthrose. Je ne donnerai de la première partie de l'observation, que la copie des notes laissées par M. Vautrin dans le carnet des opérations pratiquées à l'hôpital militaire de Toulouse.

Obs. II. — Fracture de jambe par cause directe. Suture immédiate. Pseudarthrose. B., âgé de 23 ans, soldat au 23e d'artillerie, reçut, étant en selle, le 4 janvier 1895 dans la matinée, un coup de pied de cheval, déterminant une fracture ouverte du tibia droit au tiers moyen.

Transporté à l'hôpital dès dix heures du matin, on constata un déplacement considérable du fragment inférieur en dehors et en haut. Il y a une plaie profonde et étendue des téguments en avant. Une traction énergique arriva avec beaucoup de peine à ramener les deux fragments au contact.

M. Vautrin crut nécessaire, pour maintenir la coaptation, de pratiquer la suture osseuse métallique, le jour même, à 2 heures du soir.

Chloroforme. Incision verticale de 15 centimètres et incision transversale sur le foyer de la fracture. Application de trois sutures métalliques ; les fragments sont mis bout à bout. Coaptation parfaite. Désinfection soignée. Appareil plâtré.

Les 5, 6, 7 janvier, pas de réaction.

Le quarante-sixième jour, M. Vautrin enlève le premier appareil. La consolidation ne s'est pas faite. Nouvel appareil plâtré.

20 mai. Elimination d'un fil d'argent avec une esquille osseuse.

24 juillet. Elimination d'un second fil.

10 août. Elimination du troisième fil avec deux esquilles.

Le 28 août, renvoyé à son corps avec un appareil plâtré ; on l'engage à marcher dans l'espoir que l'irritation produite par l'exercice entraînera la consolidation.

Le 18 octobre, seconde admission à l'hôpital ; la jambe est amaigrie, incurvée en dedans, la consolidation n'a fait aucun progrès ; la partie supérieure de la crête du tibia prolongée arrive sur la base du cinquième orteil.

Le jour de son entrée, je discutai l'opportunité de la greffe osseuse ; pour obtenir un résultat satisfaisant, il était nécessaire de pratiquer la résection du péroné dans sa continuité de façon à ramener les deux os à la même longueur et de remplacer les fragments du tibia qu'il faudrait réséquer par des morceaux de péroné.

Avant de pratiquer cette opération, qui n'était pas sans présenter quelques difficultés et sans avoir des inconvénients au point de vue professionnel, j'offris au patient de tenter l'injection interfragmentaire de teinture d'iode ; si le résultat était nul, il ne pouvait aggraver la situation locale et n'avait d'autre inconvénient que de prolonger d'un mois l'hospitalisation.

La situation dans les deux cas fut nettement exposée au malade, qui opta sans hésiter pour l'injection iodée.

Elle fut pratiquée pour la première fois le 25 octobre et réitérée le 28 octobre, les 2 et 9 novembre ; 5 gouttes de teinture d'iode furent

injectées chaque fois, et pour assurer l'irrigation sanguine du membre, un lien de caoutchouc, modérément serré, fut placé sur la cuisse pendant le cours du traitement. Dans ces différentes ponctions, l'aiguille de Pravaz passait avec facilité dans le col fibreux entre les fragments du tibia.

Le 15 novembre, la consolidation commence nettement à s'affirmer; le 1er décembre, il n'y a plus de mobilité; le 20 décembre, la consolidation est obtenue; le 23 janvier, le malade fut présenté à la Société de médecine de Toulouse, et sa guérison fut constatée par les chirurgiens présents.

Actuellement la douleur a cessé dans le membre et l'atrophie tend à disparaître; bien que l'incurvation du tibia ne se soit point modifiée, le pied porte normalement à terre.

Il est sorti de l'hôpital le 29 février, marchant bien à l'aide d'une simple canne. Une cure à Barèges amènera sans doute la guérison complète et définitive.

Cette observation résumée comporte deux enseignements, d'une part, la valeur négative de la suture immédiate, que rien du reste dans ce cas ne saurait justifier et qui n'a été, suivant l'expression de M. Berger, qu'une aggravation de peine; d'autre part, la valeur indiscutable de l'injection iodée.

Me souvenant de certaines sutures osseuses pratiquées dans des fractures anciennes non consolidées, je n'ai pu oublier la friabilité des fragments et la difficulté de faire tenir solidement les fils métalliques. Dans un cas récent, les fils au moment d'être tordus coupèrent l'os comme des tissus mous et ceux qui furent mis en place ne jouèrent en fin de compte qu'un rôle moral.

De ce qui précède, je crois pouvoir conclure :

Que la suture immédiate ne doit jamais être faite dans les fractures du tibia;

Que les appareils plâtrés appliqués après l'accident sont dangereux;

Qu'il vaut mieux utiliser les appareils permettant la surveillance facile du membre;

Que si la pseudarthrose s'établit, il ne faut recourir à la suture qu'après avoir employé sans résultat l'injection interfragmentaire de teinture d'iode.

Discussion.

M. Schwartz. — J'ai fait, pour une résection du genou, une suture osseuse qui n'a pas réussie, et j'ai guéri cette espècede pseudarthrose, par un procédé analogue comme action, par l'électrolyse.

M. Tuffier fait une communication sur la *cholélithiase biliaire*.

Présentation de malade.

M. Hartmann présente un malade opéré pour une suite éloignée de fracture du tibia (M. Kirmisson, rapporteur de la commission chargée d'examiner le travail).

Scrutin.

On procède au vote pour la nomination d'une commission chargée du classement des candidats à une place de membre titulaire, sont nommés : MM. Championnière, Tuffier et Broca.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
Quénu.

Séance du 25 mars 1896.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos du procès-verbal.

Note sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement des pyélonéphrites suppurées

M. Bazy. — Notre collègue Routier, à propos de deux cas de pyélonéphrite, a soulevé quelques questions relatives à la pathogénie, au diagnostic et au traitement de cette affection qui m'enga-

gent à vous faire part de quelques considérations sur le même objet.

La pathogénie de cette affection n'est pas toujours facile à établir : cependant si on veut s'aider des données de la clinique, de l'expérimentation sur les animaux, on peut, je crois, arriver à avoir des notions assez nettes sur la question.

Les pyélonéphrites chirurgicales sont primitives ou secondaires. Elles sont dites secondaires, quand elles se montrent dans le cours d'une affection vésicale ou urétrale.

Quand elles sont secondaires — ce mot de secondaire pris dans le sens que je viens d'indiquer — quelle en est la pathogénie? Jusqu'ici on a admis qu'elles étaient la plupart du temps ascendantes, c'est-à-dire que l'infection partie de la vessie se propageait de la vessie à l'uretère, les micro-organismes franchissant le sphincter urétéral comme une inflammation de l'urètre pré-membraneux franchit le sphincter urétral pour atteindre l'urètre rétro-membraneux ou prostatique et finalement la vessie.

Mais l'analogie n'est pas complète entre les deux organes.

L'abouchement de l'uretère dans la vessie diffère complètement de l'abouchement de l'urètre rétro-membraneux dans l'urètre pré-membraneux et de plus l'uretère est à tout instant, si on peut dire, parcouru par un courant de liquide capable de balayer les micro-organismes de haut en bas et de les empêcher de remonter dans l'uretère.

Cette pathogénie, quelque difficilement acceptable qu'elle fût, a pour elle des expériences assez récentes de Lewin et Goldsmith qui ont réussi chez le lapin à faire pénétrer un liquide coloré de la vessie dans l'uretère et jusque dans le bassinet, en l'injectant au moyen d'une sonde dans la vessie.

Ces expériences ont ceci de particulier que ce n'est pas quand la vessie est distendue outre mesure que cette pénétration se fait, mais quand, au contraire, la vessie réagit aux injections, qu'elle prend une forme particulière, la forme en saucisse, comme ils disent, cylindrique, dirions-nous, et quand la vessie contient de 15 à 20 grammes seulement de liquide. Il faut, en outre, pousser brusquement l'injection au moment de la contraction de l'uretère.

J'ai répété ces expériences dans mon laboratoire et ai pu les vérifier sauf cependant l'ascension de liquides colorés jusque dans le bassinet.

Mais peu importe la hauteur, le point important est la pénétration.

Lewin et Goldsmith tirent de leurs expériences les conclusions que vous devinez.

Mais ces conclusions sont-elles applicables à l'homme? C'est pos-

sible, quoique la structure de la vessie de l'homme diffère complètement de celle du lapin et que nos uretères paraissent mieux défendues contre les invasions venant de la vessie. Mais à supposer que la vessie de l'homme fut, à ce point de vue, comparable à celle du lapin, il faudrait que la vessie fut malade, il faudrait, en outre, que l'on fit une injection dans la vessie ainsi malade, car il n'est pas démontré du tout que les contractions de la vessie soient suffisantes, quelqu'énergiques qu'elles soient, à faire remonter un liquide injecté dans l'uretère.

Il faut donc admettre une autre pathogénie, celle des infections par la voie sanguine, celle des pyélonéphrites descendantes dont l'existence a été mise en lumière par M. Bouchard, et que tous les faits observés jusqu'ici conduisent à admettre, comme étant à peu près la seule admissible et dont la compréhension soit facile. Des micro-organismes pathogènes venus de n'importe où, vessie, intestin, os, utérus, vagin, urètre, poumon, etc., arrivent dans le rein apportés par le torrent circulatoire. Là, ils peuvent s'arrêter déterminant une néphrite plus ou moins sérieuse, partielle ou diffuse, suppurée ou non ; ou bien, au contraire, emportés par l'urine ils peuvent traverser le rein, entrer dans le bassinet, l'uretère, la vessie et être rejetés au dehors sans avoir produit de lésion locale, soit que l'expulsion ait suivi de trop près l'entrée, soit que le milieu ait été défavorable à la culture et à la pullulation.

Mais supposons que, ce milieu étant d'ailleurs favorable, ces microbes subissent un temps d'arrêt, soit par le fait d'une coudure de l'uretère, soit par le fait d'une compression de ce conduit, ils se trouvent en vase clos : ils stagnent, ils s'implantent, ils s'installent : le bassinet, l'uretère sont infectés, et comme les microbes sont dans une cavité close, ils ont rapidement diffusé dans cette cavité : l'infection est constituée.

Dans le cas du premier malade de M. Routier, le refroidissement de la région lombaire a pu déterminer une action réflexe sur le rein qui est devenu un terrain de culture favorable au développement des microbes passant accidentellement par cet organe.

Dans le cas de cette femme, où la lésion paraît s'être montrée pendant la grossesse et tout de suite après l'accouchement, la pathogénie est encore plus simple, l'utérus gravide pouvant facilement comprimer l'uretère et y ralentir notablement la circulation urinaire, et par suite favoriser la stagnation des microbes qui passent si souvent et si facilement par les voies urinaires.

Cette pathogénie, qui a été développée il y a quelques années par M. Reblaud, me satisfait complètement.

D'autre fois, ce sont des calculs du rein qui favorisent le développement de la pyélonéphrite.

Je dois dire, quoique la chose me paraisse évidente chez l'homme, que je n'ai jamais pu, dans les expériences déjà anciennes et que j'ai faites avec la précieuse collaboration de M. Cazin, déterminer des accidents infectieux pyéliques à des animaux dans le bassinet desquels j'avais préalablement introduit des fragments de charbon stérilisé.

Dans d'autres circonstances, cette cause prédisposante peut être réalisée par un autre processus. C'est ainsi que l'application répétée de vésicatoires a pu être considérée comme la cause d'une pyélonéphrite dans le cours d'une broncho-pneumonie, comme j'ai pu en observer un cas chez un enfant qu'on m'avait amené du département de l'Yonne.

En d'autres termes, la pathogénie des pyélonéphrites me paraît, dans beaucoup de cas, facile à établir, surtout si l'on veut, avec moi, admettre que la plupart, sinon toutes les pyélonéphrites, sont d'origine vasculaire ou descendantes. J'applique, du reste, aux pyélonéphrites la pathogénie que j'ai établie pour les cystites survenues sans infection préalable de l'urètre ou sans cathétérisme.

Pourquoi un côté seul est-il pris dans ces conditions, et non pas les deux ? Il faut chercher l'explication de cette particularité dans les conditions anatomiques dont je parlais plus haut, conditions qui créent la stagnation microbienne.

Le diagnostic des pyélonéphrites me paraît, en général, assez facile, si l'on tient compte de tous les signes locaux et des symptômes à distance que l'on peut observer.

Le diagnostic, dans le premier cas de M. Routier, n'a erré que parce qu'il n'a pas attaché au pus contenu dans le bocal placé à la tête du lit l'importance qu'il aurait dû y attacher.

Ce diagnostic peut devenir plus difficile dans le cas de pyonéphroses fermées et quand la tumeur affecte un siège un peu insolite.

J'ai eu l'occasion d'observer un de ces cas, il y a une huitaine d'années. Il s'agissait d'une jeune femme de 25 ans, créole, qu'on m'avait présentée comme étant atteinte d'une tumeur très douloureuse de la rate. Cette tumeur avait, au dire de son médecin, une origine paludéenne dont la malade avait encore des manifestations sous forme d'accès de fièvre. La preuve, disait-on, que l'infection paludéenne était profonde, c'est que cette femme avait eu, étant toute petite, une hématurie dite des pays chauds, à deux reprises.

Le caractère de ces hématuries survenues avec des douleurs néphrétiques violentes, la forme de la tumeur, l'existence passagère, mais nette, de troubles urinaires antérieurs, me firent, quoique la tumeur proéminât dans le flanc plutôt que dans la fosse lombaire, porter le diagnostic de pyonéphrose. Je la vidai par

une incision transversale ; j'essayai de cathétériser l'uretère, cela me fut impossible, comme cela arrive dans beaucoup de cas; mais au bout de quelques jours, l'arrivée de pus dans l'urine me prouva qu'il s'était débouché tout seul. Cette malade est restée trois ans guérie ; je l'ai réopérée il y a cinq ans, à l'hôpital Laënnec, pendant que je remplaçais mon ami et collègue Gérard Marchant. Je crois qu'elle est depuis définitivement guérie.

Dans un autre cas, j'ai pu faire le diagnostic de pyonéphrose dans un rein ectopique, et je m'apprêtais à l'opérer, quand la malade mourut d'une péritonite suraiguë par rupture de la poche.

Le diagnostic, dans d'autres cas, est très facile. Il en est ainsi dans la deuxième observation de M. Routier, où la poche était assez volumineuse pour être facilement reconnue et où il existait des phénomènes très nets de rétention intermittente de pus.

Dans d'autres cas, le volume de la tumeur n'est pas très grand, et il faut apporter la plus grande attention pour trouver le rein légèrement augmenté de volume.

Il en était ainsi chez un enfant atteint de pyélonéphrite droite qui avait des phénomènes généraux et locaux de rétention de pus, dus à un bouchon muco-purulent qui partait du bassinet et qui, descendant dans l'uretère, tombait dans la vessie, d'où il était expulsé. L'enfant le sentait cheminer et annonçait sa chute dans la vessie, ou plutôt sa sortie de l'uretère, qui était immédiatement suivie de la cessation des douleurs et bientôt de chute de la fièvre.

Or le rein, pendant ces crises, était à peine perceptible, d'autant moins que toute la région était douloureuse et plus accessible à la palpation. J'ai dû, à plusieurs reprises, me faire appeler, au moment des crises, afin de constater l'état du rein. La localisation de la douleur à droite ne me paraissait pas suffisante pour justifier une intervention, car, en pareille circonstance, il faut tenir compte des réflexes.

Une autre cause d'erreur peut être dans le siège de la tumeur ; dans un cas où elle était très volumineuse, elle était en presque totalité cachée sous le rebord costal, ce qui avait fait errer deux ou trois médecins qui l'avaient vue avant moi.

Le traitement de ces pyélonéphrites, de ces pyonéphroses est variable.

Quelques-unes peuvent guérir spontanément. J'en ai observé un cas très net chez une dame de 79 ans, Mme de L..., que j'ai observée d'abord avec le Dr Maury, puis avec le Dr Marquézy. Je l'ai vue une première fois, il y a quatre ans, avec une pyélonéphrite gauche non douteuse : tumeur volumineuse, occupant le flanc et la fosse lombaire, pus abondant dans les urines, accès de rétention de pus, coïncidant avec des accès de fièvre. L'indication

opératoire n'étant pas urgente, la santé se conservant assez bonne, et la famille envisageant assez mal la perspective d'une opération, il ne fut fait qu'un traitement médical.

J'ai revu cette dame l'an dernier pour une hématurie vésicale grave. Or le rein gauche n'était plus perceptible ; il avait même disparu, si bien que, le rein droit s'étant déplacé, la malade a eu, à la suite, une crise d'anurie absolue, qui a duré trente heures, et qui, forçant la vessie au repos, a amené, par ce fait, la guérison d'une hématurie que nous n'avions pas pu arrêter jusqu'alors.

J'ai vu un autre cas suivi de guérison, du moins de rétrocession considérable paraissant ressembler à une guérison, chez un autre vieillard de soixante-seize ans dont le rein gauche, ectopié, était très volumineux et très douloureux. Je surveillais ce malade pour l'opérer au moment opportun, mais il partit pour la campagne; je ne le revis que trois mois plus tard. Or, à ce moment, le rein était à peine perceptible sous le rebord des fausses côtes et à peine douloureux. Je note que dans ces cas il s'agissait de vieillards. Au reste, des faits de même ordre ont été signalés par M. Guyon dans un article sur les pyonéphroses paru dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires.*

Ces faits exceptionnels mis à part, je crois qu'il est admis que le traitement de choix de ces pyélonéphrites ou pyonéphroses est l'incision.

La néphrectomie secondaire, si plus tard elle s'impose, me paraît, ainsi que l'avait dit, je crois, Morris depuis longtemps, plus bénigne que la néphrectomie primitive. Cependant cette dernière vient d'être défendue récemment par Trendelenburg.

Dans tous les cas, il ne saurait être question de néphrectomie primitive que pour les cas où le rein est complètement ou presque complètement détruit.

Dans les autres cas, il faudra tout d'abord faire l'incision du rein; on se comportera ensuite d'après les indications que fourniront l'état du parenchyme rénal et celui de l'uretère, à savoir si l'uretère est perméable ou non.

L'incision du rein doit être aussi large que possible et ouvrir toutes les arrière-cavités, quand il en existe. Ceci est banal, je n'insiste pas.

Je vois que notre collègue M. Routier ne cherche pas à fixer le rein à la peau pour éviter l'effusion du pus dans le tissu cellulaire périrénal. C'est là aussi ma pratique ; cet acte opératoire est assez souvent impossible à cause de l'éloignement et de la friabilité de la poche, et, dans tous les cas, inutile. Je n'ai jamais vu cette infection du tissu cellulaire périrénal.

La conduite à tenir après l'incision et l'évacuation de toutes les

cavités est variable. Si le parenchyme rénal n'est pas trop détruit ni altéré et si, d'autre part, l'uretère est facilement perméable, on peut et on doit conserver le rein, en modifiant, autant que faire se peut, les parois de cette poche constituées par la muqueuse des calices et du bassinet. Je me suis bien trouvé, dans le cas de l'enfant dont je parlais plus haut et dont le rein m'a paru suffisamment sain, d'injections de solution de nitrate d'argent qui remplissaient le bassinet et descendaient dans l'uretère jusque dans la vessie. Je crois que je leur ai dû une guérison que j'ai tout lieu de croire définitive.

On pourra s'assurer de la perméabilité de l'uretère par des injections colorées, au bleu de méthylène, par exemple; si l'uretère est perméable, si la muqueuse a été suffisamment modifiée, on peut laisser fermer la fistule cutanée et ne pas faire courir la chance d'une néphrectomie. Le rétablissement de la perméabilité de l'uretère et l'écoulement facile de l'urine sont des conditions de premier ordre pour la guérison et peuvent suffire à l'assurer : je n'en veux pour preuve que la guérison de sa pyélonéphrite chez la deuxième de mes malades opérées d'urétéro-cysto-néostomie.

Quand, au contraire, l'uretère n'est plus perméable, quand la suppuration est abondante, quand il se produit de nouveaux abcès dans le parenchyme rénal, il faut faire la néphrectomie secondaire.

Celle-ci sera toujours laborieuse, et il faudra quelquefois y procéder par morcellement, comme je l'ai fait il y a trois ans chez un de mes malades, que j'avais néphrotomisé cinq ans auparavant et dont le rein paraissait s'être réinfecté à l'occasion d'une attaque de grippe : il est vrai qu'il était en même temps porteur d'un rétrécissement très serré et que j'ai dû urétrotomiser.

Cette néphrectomie, je la fais par la voie lombaire, quoiqu'elle soit plus laborieuse que par la voie abdominale, mais parce que, dans ces lésions infectieuses, la voie lombaire est moins grave. Et j'ai été surpris de voir un laparotomiste, comme notre collègue Routier, nous dire, à deux reprises, que la voie abdominale était plus difficile.

Je ne saurais partager cette opinion. La voie abdominale ou transpéritonéale est certainement plus facile et c'est plutôt la voie de choix dans les cas de néoplasmes.

Dans les cas où il existe de la suppuration, l'infection possible du péritoine doit nous faire préférer la voie lombaire avec incision oblique ou transversale.

M. Routier. — J'ai présenté une observation à cause de la difficulté de l'étiologie.

M. Peyrot proteste contre l'expression de M. Bazy, que la soie de choix pour les tumeurs du sein est la soie abdominale.

M. Bazy. — J'ai simplement essayé de montrer que la pathogénie des pyélonéphrites est plus simple que ne disait M. Routier.

Je crois que M. Routier a bien fait d'ouvrir le bassinet de son malade. Il n'est pas nécessaire que la pyonéphrose soit très volumineuse pour être autorisé à intervenir. J'ai vérifié, dans une autopsie, qu'un bassinet qui ne renfermait pas plus de deux cuillerées de liquide ait occasionné la mort.

Rapport.

Sur un mémoire de M. Gaudier (de Lille), intitulé : *Traitement du cancer du rectum ; procédé nouveau d'extirpation totale abdomino-périnéale.*

Rapport par M. QUÉNU.

Avant de décrire la technique opératoire recommandée par notre confrère, j'ai cru bon de présenter au préalable un bref exposé des conditions dans lesquelles nous sommes appelés à intervenir quand nous avons à traiter un cancer du rectum ; il m'a semblé que le problème étant ainsi mieux posé, la critique des méthodes et des procédés serait plus facile et que les avantages ou les inconvénients de la nouvelle opération proposée par M. Gaudier seraient d'une appréciation plus équitable.

En présence d'un malade atteint de carcinome rectal, nous avons toujours deux questions à résoudre :

1° Est-il possible de tenter une cure radicale?

2° A quel procédé opératoire devons-nous recourir pour ce cas particulier?

La possibilité d'une cure radicale, l'indication opératoire, autrement dit, est essentiellement liée aux méthodes et à la technique dont nous disposons ; le moindre perfectionnement élargit tout d'un coup le champ des interventions et renverse toutes les idées admises jusque-là sur les contre-indications; c'est là précisément ce qui est arrivé pour le rectum : le cul-de-sac péritonéal établissait, il y a peu d'années, une démarcation absolue entre les néoplasmes qu'on pouvait opérer et ceux auxquels on ne devait pas toucher sous peine de mort; cette barrière est tombée devant l'antisepsie, et l'ouverture du péritoine est devenue pour toute une catégorie de cas, un temps prévu et réglé d'avance.

On donna encore comme limite à l'intervention celle-là même

que marquait le bout du doigt introduit dans le rectum, de telle sorte que les cancers du haut de l'ampoule restaient hors de l'atteinte chirurgicale, trop profonds, comme disait Volkman en 1884, au Congrès de Copenhague, pour une laparotomie, et trop élevés pour être extirpés du dehors.

Les recherches cadavériques, bientôt suivies d'applications sur le vivant, de Kraske, vinrent à un tel point reculer les limites de l'opérabilité des cancers, que bientôt on put, avec quelques chances de succès, extirper des segments de 12 et 14 centimètres, dépasser même les limites du rectum, telles que nous les comprenons, c'est-à-dire la 3e vertèbre sacrée, pour s'attaquer à l'anse oméga. Je rappelle ici, sans les approuver les interventions de Bardenheuer[1], qui enleva 25c,30 d'intestin et plus encore. Il est bon d'ajouter que les libérations nécessaires pour permettre la descente de telles longueurs ont maintes fois déterminé la gangrène du segment sus-jacent à l'exérèse, c'est-à-dire du bout fixé dans la plaie sacrée.

Nous devons cependant déclarer que les chirurgiens allemands se montrent assez disposés à tenir peu de compte de la hauteur du néoplasme dans leurs déterminations opératoires. Esmarch[2] qualifie d'extrêmement facile la résection du rectum au niveau de la base du sacrum, c'est-à-dire de la totalité du rectum tel qu'il était autrefois délimité, soit 20 ou 22 centimètres d'intestin. Hochenegg[3] a de même, et avec succès, fait porter sa section à la hauteur de l'articulation sacro-iliaque, et d'autres après lui.

On pourrait en conclure que la contre-indication tirée de la hauteur du néoplasme rectal n'existe plus, mais il faut bien savoir que l'abaissement de la partie à extirper n'est pas toujours également facile, aussi voyons-nous Hochenegg conclure que ce n'est qu'après l'opération préalable, c'est-à-dire après la résection du coccyx et de l'aile sacrée, que les choses deviennent claires et qu'on peut décider si l'opération peut être faite ou non.

De la sorte, la mobilité du rectum malade prend plus d'importance que la hauteur du cancer. Cette mobilité est diminuée par la formation d'adhérences anormales avec les parties voisines, soit en avant avec la vessie, la prostate ou le vagin, soit en arrière, avec le périoste sacro-coccygien. Ces adhérences sont parfois simplement inflammatoires, elles ne font que compliquer la mobilisation de la partie à enlever; il est cliniquement difficile de les distinguer des adhérences qui reconnaissent pour cause l'extension de la tu-

[1] *Arch. f. klin. chir.*, 1891, p. 887.

[2] *Deutsch. chir.*

[3] *Wiener klin. Woch.*, 1889, p. 26, 28, 29.

meur aux organes voisins; aussi devra-t-on se défier des tumeurs rectales que le doigt ne peut facilement faire glisser sur les parties voisines, à plus forte raison tiendra-t-on pour absolument inopérables la forme infiltrée dans laquelle, même sans grande extension en hauteur, toute la paroi rectale est transformée en un tube rigide avec propagation au tissu des fosses ischio-rectales.

On pourrait résumer ces contre-indications en disant que la tumeur opérable est celle qui est restée confinée aux parois du rectum en ne modifiant rien de ses connexions et de sa mobilité.

L'extension à distance par les voies lymphatiques crée évidemment une mauvaise condition de succès : l'existence de ganglions inguinaux, sans être une contre-indication absolue, est peu encourageante. En revanche, l'abstention est commandée par la constatation de lésions qui ne laissent aucun doute sur la généralisation, telles, une tumeur de l'ombilic, un ganglion induré dans le creux sous-claviculaire, comme l'a observé mon ami Hartmann, une augmentation inégale du foie, etc. Ai-je besoin d'ajouter que l'état général du malade doit tenir la plus grande place dans la détermination du chirurgien : l'âge, l'affaiblissement par les pertes sanguines ou la dépression morale, l'état des émonctoires et en particulier des reins, voilà autant de considérations à faire entrer en ligne de compte ; tel malade porteur d'une lésion étendue peut, au prix de quelques risques, bénéficier d'une tentative opératoire, si d'ailleurs son état général est très satisfaisant, c'est l'éternelle équation que la chirurgie nous oblige à poser entre la résistance d'un sujet et la gravité de l'acte chirurgical. Pour le rectum la question est plus compliquée, car nous attendons du patient qu'il résiste non seulement au traumatisme infligé, mais encore à un certain degré d'infection que nos moyens d'exérèse rectale sont encore impuissants à lui épargner.

L'indication opératoire admise, quel mode d'intervention faut-il adopter?

Le cancer du rectum n'est pas justiciable d'un seul mode d'intervention; j'entends par là que nous n'avons pas seulement à faire un choix entre les très nombreux procédés imaginés depuis ces dernières années, mais que nous devons, en présence d'une lésion à siège et à étendue variables, envisager un certain nombre de types et chercher quel procédé opératoire convient le mieux à chacun d'eux.

J'avais, dans un court mémoire publié dans la *Presse Médicale* de novembre 1895, proposé d'établir les quatre types suivants :

1° Un *type bas placé* ayant pris naissance au-dessous des attaches du releveur de l'anus, c'est le cancer de la portion anale du rectum ;

2° Un *type haut placé* ayant son extrémité inférieure au cul-de-sac péritonéal et s'étendant plus ou moins jusqu'à atteindre et dépasser l'origine de l'anse omega ;

3° Un *type moyen* infra-péritonéal, mais sus-jacent au releveur ;

4° Enfin un *type d'envahissement total* représenté par les cas où toute l'étendue du rectum est envahie depuis l'anus jusqu'à 12 et 15 centimètres au-dessus, soit que l'épithélioma ait débuté simultanément par tous ces points, soit que plutôt parti d'une des trois divisions du rectum il ait secondairement envahi les deux autres. Ces divisions ne me paraissent pas artificielles, car elles comportent non pas seulement un procédé différent, mais un plan d'attaque tout autre. Toute opération radicale pour le cancer du rectum comprend, en effet, deux actes successifs : un acte d'exérèse, un acte de réparation fonctionnelle. Le premier exige assurément des sacrifices variables, puisque de la hauteur du néoplasme va dépendre la nécessité ou l'inutilité d'une opération préliminaire, telle que la résection du coccyx et du sacrum.

D'autre part la facilité, voire la possibilité de la réparation fonctionnelle ne dépend plus seulement de la hauteur du mal, mais aussi de son étendue.

Le *segment anal est-il seul intéressé?* l'anus chirurgical siégera à la place de l'anus normal, mais dépouillé de sphincter.

Le *segment sous-jacent au releveur mais infra-péritonéal est le seul envahi?* on se trouve dans les meilleures conditions pour obtenir une réparation fonctionnelle idéale puisque l'anus garde sa place et ses propriétés d'anneau contractile muni d'un sphincter volontaire.

Quand le segment supérieur du rectum est le siège du cancer, le mode de réparation précédent est encore à la rigueur possible, le plus souvent on aboutit à faire un anus sacré.

Reste enfin le dernier type : ici encore l'anus sacré s'impose avec cette complication qu'au-dessous de lui demeure une cavité pleine de graisse et de vaisseaux et qui n'est autre que les fosses ischio-rectales réunies en une sorte d'excavation par la disparition du rectum extirpé.

En résumé, le résultat fonctionnel est en partie indépendant du procédé chirurgical, il est essentiellement en rapport avec le siège et l'étendue du néoplasme suivant les types que nous avons établis plus haut.

Ces préliminaires me paraissaient devoir d'autant plus précéder l'analyse du travail de M. Gaudier qu'il adopte la division que j'ai proposée, qu'il a, dit-il, en vue soit mon second, soit mon quatrième type, c'est-à-dire soit le cancer haut placé, atteignant les confins de l'S iliaque, soit le cancer qui envahit tout le rectum depuis l'anus jusqu'à 15 centimètres et au-dessus.

Pour ces cas précis, M. Gaudier accepte la solution que j'avais donnée pour mon quatrième type ; il se résout à l'anus iliaque définitif. Son procédé consiste d'une part dans la formation d'un anus iliaque définitif et d'autre part dans l'extirpation totale de tout le rectum et d'une portion de l'S iliaque.

M. Gaudier qualifie son opération d'abdomino-périnéale, parce que les manœuvres d'extirpation s'accomplissent successivement par le ventre ouvert et par le périnée.

Le premier temps est essentiellement abdominal. On commence par faire une laparotomie médiane, le malade étant placé dans la position inclinée de Trendelebourg. Le ventre ouvert, la main se dirige immédiatement en arrière dans le petit bassin, reconnaît le rectum, le suit en remontant et ramène dans le champ opératoire la partie culminante de l'oméga iliaque. Cette exploration permet de délimiter d'une façon précise la limite supérieure du mal ; elle est facilitée par l'usage d'un large écarteur antérieur qui applique la vessie contre le pubis.

On procède alors, après avoir garni de compresses la cavité abdominale, à la section du gros intestin.

Pour cela, l'S iliaque ayant été attiré au dehors, on perfore son mésentère avec une aiguille armée d'une forte soie et on pratique une double ligature de l'intestin en laissant un intervalle de 4 centimètres entre les deux fils. Une mèche de gaze, introduite par la brèche mésocolique avant la section intestinale, est destinée à recueillir les quelques gouttes de liquide septique qui pourraient s'écouler de la minime portion d'intestin en aval de la ligature. L'intestin sectionné, chaque tranche est oblitérée par une nouvelle ligature et coiffée d'une pièce de gaze iodoformée. Un aide tient dans l'angle supérieur de la plaie le bout supérieur ; un second aide tient le bout inférieur dans l'angle inférieur. Ce dernier porte fortement en avant contre la paroi abdominale le fil qui tient le bout inférieur ; il tend de la sorte et étale le mésocôlon. Cette manœuvre permet soit d'appliquer un clamp sur ce mésocôlon, soit de le lier de haut en bas le plus loin possible ; en avant, on peut déjà inciser le péritoine au niveau du cul-de-sac vésico-rectal.

Ces temps accomplis, le malade est mis dans la position de la taille ; le doigt intra-rectal garni d'un gant en caoutchouc circonscrit par une incision circulaire l'anus qu'on étreint avec une forte soie. Ensuite on décolle en avant le rectum et on rejoint le cul-de-sac vésico-rectal qui a été déjà incisé.

Latéralement, on coupe les releveurs.

En arrière, le rectum tient encore par l'extrémité inférieure de son méso et quelques brides vasculaires. On libère et on prend le tout dans un clamp courbe, ou bien on fait des ligatures. Tout le

gros intestin, jusque et y compris une partie de l'anse oméga, est enfin descendu par la plaie périnéale.

Reste le temps de réparation. Le bout supérieur de l'anse oméga est placé dans l'angle inférieur de la plaie et fixé par quelques points de suture, toujours muni de sa ligature qui doit demeurer vingt-quatre ou trente-six heures ; la plaie périnéale est réunie entièrement ; une sonde à demeure est placée dans la vessie.

Telle est l'opération que M. Gaudier a imaginée sur le cadavre et dont il nous a envoyé la relation. Il proclame comme avantages :

L'extirpation complète du cancer intestinal ;

L'extirpation des ganglions ;

La possibilité d'accomplir cette extirpation étendue sans violer les lois de l'asepsie. Jamais, dit-il, l'opérateur n'est ou ne peut être souillé par les liquides intestinaux.

En outre, l'opération n'aurait aucune chance d'amener le schock opératoire, à cause de sa rapidité ; enfin, elle évite les délabrements osseux nécessités par l'opération de Kraske, tout cela, il est vrai, au prix d'un anus contre-nature, mais d'un anus facilement nettoyable et supportable.

Il manquait à cette opération, au moment où le mémoire m'a été remis, la consécration de la clinique. Depuis, M. Gaudier a eu l'occasion de combler cette lacune ; il a bien voulu m'adresser son observation et me faire parvenir la pièce extirpée. Voici le résumé de l'observation :

Son malade était un homme âgé de 45 ans, gros et atteint antérieurement de rhumatisme. Par le toucher, on sentait une tumeur qui se prolongeait hors de l'atteinte digitale. L'opération fut pratiquée avec l'aide du professeur Follet, sur la table de Delagenière, fin novembre 1895.

Après laparotomie médiane, on sectionna l'anse oméga au point culminant du segment inférieur ilio-rectal entre deux ligatures, les deux bouts étant confiés aux aides, un clamp fut appliqué sur le mésentère jusqu'à sa pointe inférieure et on coupa entre le clamp et l'intestin. Les ligatures à la soie furent alors substituées au clamp, le cul-de-sac recto vésical étant incisé, le doigt alla décoller de haut en bas la face antérieure du rectum le plus loin possible, même manœuvre de décollement en arrière. Placement de tampons dans ces deux décollements.

Le temps périnéal s'accomplit sans difficultés, après hémostase le périnée fut totalement suturé au fil d'argent.

L'opération se termina par la confection d'un anus contre-nature, mais au lieu de le placer à l'angle inférieur de sa plaie médiane, M. Gaudier le reporta au lieu d'élection, il dut, par suite pratiquer une incision au-dessus de l'arcade crurale et y suturer son bout d'intestin toujours ligaturé.

L'opération dura une heure, depuis le commencement de la narcose.

L'opération avait eu lieu un vendredi, le lendemain samedi et les

jours suivants, le thermomètre oscilla entre 36°,8 et 37°,5. Le deuxième jour, l'anus contre-nature, débarrassé de sa ligature, fonctionna à l'aide d'un lavement, mais le cinquième jour, soit le mardi, le malade fut pris de phénomènes dyspnéiques et de petitesse du pouls et il succomba dans la nuit du mardi au mercredi. Peu d'urine avait été rendu depuis la veille.

M. Gaudier qualifie ces accidents d'asystoliques ; aucun phénomène ni du côté du ventre ni du côté du périnée n'ayant pu lui faire supposer une complication opératoire quelconque. L'autopsie ne put être faite. D'autre part, j'ai eu en mains la pièce enlevée par M. Gaudier.

La longueur totale extirpée est de 18 centimètres ; la pièce comprend, par conséquent, tout le rectum et une partie de l'anse oméga, reconnaissable à ses franges épiploïques. La portion d'intestin recouverte de péritoine, au-dessus du cul-de-sac recto-vésical, est de 11 centimètres. Le cancer siège à 2 centimètres de l'orifice anal et, en tenant compte de la rétraction produite par l'alcool, s'étend à 7 ou 8 centimètres de l'anus ; il est certain qu'on eût pu en faire l'extirpation par une opération ordinaire de Kraske.

Le résultat de l'unique tentative faite par M. Gaudier ne saurait suffire à faire condamner son procédé. Il convient, en effet, de discuter ce qu'on pourrait faire dans les cas du deuxième et du quatrième type que j'ai spécifiés plus haut. Je mets de côté les premier et troisième types, c'est-à-dire le type cancer anal et le type cancer rectal supra-sphinctérien, mais infra-péritonéal ; examinons les ressources dont nous disposons pour les deux autres.

En présence d'un cancer rectal dont la limite inférieure est le cul-de-sac péritonéal et la limite supérieure cliniquement indéterminée, nous n'avons à notre disposition, si nous nous décidons à intervenir, que l'opération de Kraske.

Le temps préliminaire de cette opération, à savoir la résection de l'aile sacrée et du coccyx, peut seule nous apprendre si nous avons quelque chance de pousser plus loin notre opération et d'obtenir une cure radicale.

La décision prise, nous devons libérer le rectum, réséquer la partie malade et abaisser le bout supérieur de manière, soit à l'amener au contact du bout inférieur, soit à établir un anus sacré. Le rectum, après libération au-dessous du cul-de-sac péritonéal, ayant été sectionné entre deux ligatures élastiques au-dessous de la tumeur, un tampon de gaze iodoformée a été appliqué sur chaque tranche ; le cul-de-sac péritonéal est délibérément ouvert le long de ses attaches à l'intestin et le segment rectal abaissé le plus possible ; cet abaissement est facilité par le décollement préa-

lable de la face postérieure du rectum à l'aide de l'index agissant en avant du sacrum ; son étendue me paraît offrir quelque variabilité. L'écueil est que, d'une part, pour réussir une suture des deux bouts intestinaux, il faut mobiliser le supérieur au point qu'il s'affronte à l'autre sans traction, et que, d'autre part, cette mobilisation à outrance peut être suivie d'une mortification de l'intestin. Entre ces deux alternatives, la plupart des chirurgiens se résignent à l'anus sacré.

L'opération type de Kraske, qui comprend le rétablissement idéal de la continuité intestinale jusqu'à l'anus, ne trouve donc pas ici son entière application. Les partisans quand même de la suture intestinale sont si peu sûrs de l'obtenir, qu'ils recommandent de ne pas réunir la peau au niveau de cette suture. D'autres, comme Hochenegg, conseillent de ne tenter qu'une réunion partielle de l'intestin, laissant de parti pris une fistule sacrée que fermera ultérieurement une autoplastie spéciale. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que, même prises en bloc (et non en s'en tenant aux cas défavorables comme ceux que j'examine), les opérations de Kraske ont donné des fistules sacrées dans la proportion de 68 0/0, d'après la statistique de Frank à la clinique d'Albert..

Nous pouvons conclure de ce qui précède que l'ablation d'un cancer du troisième type a grandes chances d'aboutir à la formation d'un anus sacré. Je n'ai pas besoin d'insister sur les inconvénients considérables de cet anus sacré, dont l'incontinence est à peu près complète et qui ne peut être pansé et nettoyé par le malade qui en est pourvu. Il se complique assez souvent de prolapsus, mais cette complication peut devenir un avantage si on l'utilise, comme l'a très ingénieusement fait M. Montprofit dans une intéressante observation qu'il a rapportée dans notre Société, au mois de novembre de 1895, en invaginant le bout supérieur dans l'extrémité anale conservée, en faisant, comme je l'ai dit, un Hochenegg secondaire.

En résumé, l'opération de Kraske, excellente pour les cancers du segment moyen atteignant ou même dépassant le cul-de-sac péritonéal, devient plus aléatoire, avec des suites fonctionnelles infiniment moins satisfaisantes, si elle s'adresse à des cancers qui, du cul-de-sac péritonéal comme limite inférieure, s'étendent, en l'englobant partiellement, jusqu'à l'anse oméga.

Pour ces cancers de l'anse oméga ou de la toute extrémité supérieure du rectum, je ne verrais aucun inconvénient à commencer l'opération comme pour un Kraske, à sectionner, après ligature élastique, le rectum au-dessous du néoplasme et à tenter la libération et la descente du segment malade. La mobilisation est-elle facile et sans délabrement, on s'en tiendrait à l'anus sacré, quitte

plus tard à utiliser le prolapsus, s'il se produisait, pour rétablir l'anus à sa place. La mobilisation est-elle laborieuse, a-t-elle exigé qu'on touche au méso-rectum et qu'on compromette la vitalité de l'intestin, je serais d'avis de réséquer tout le rectum et une partie de l'anse oméga en pratiquant une laparotomie médiane et en établissant un anus iliaque définitif; l'opération d'excision recto-sigmoïdale serait d'autant plus facile qu'il ne resterait qu'à lier le mésentère dans sa partie accessible, le décollement de tout le reste avec l'ouverture du cul-de-sac péritonéal étant déjà un fait accompli. Je ne verrais aucune nécessité de compliquer l'opération et de multiplier les surfaces d'exérèse en extirpant tout le segment inférieur sain du rectum, comme nous le propose M. Gaudier.

J'ai répété sur le cadavre cette opération que j'appellerai sacro-abdominale par opposition à l'opération abdomino-périnéale de M. Gaudier. Elle m'a paru facile.

Voici comment j'ai procédé. J'ai d'abord utilisé l'incision en T de Heinecke : branche verticale du T médiane, branche horizontale un peu au-dessous du troisième trou sacré, section médiane à la cisaille du coccyx et de l'extrémité inférieure du sacrum, puis section transversale du sacrum. Les deux moitiés du lambeau ostéo-cutané étant renversés en dehors, on aborde des plus aisément le rectum qu'on dénude en arrière et latéralement; en avant on ouvre de chaque côté le péritoine. On passe au-dessous du rectum une lanière de gaze iodoformée et on sectionne le rectum entre deux ligatures élastiques. On peut de suite fermer le bout inférieur qui doit devenir un cœcum : pour cela, réséquer la muqueuse qui déborde le point ligaturé et suturer musculeuse à musculeuse, puis invaginant sa ligature élastique dans le bout inférieur, on établit une deuxième rangée de suture par-dessus la première. Cette invagination peut être grandement facilitée par un aide qui, glissant sur son index, introduit dans le bout inférieur par l'anus une pince à forci-pressure, saisit le sommet du cœcum et le déprime en tirant dessus.

Le bout supérieur, muni de sa ligature élastique, est cautérisé au thermocautère et coiffé de gaze iodoformée. Le doigt poursuit le plus haut possible le décollement et la libération de ce segment. La plaie sacrée doit être bourrée de gaze iodoformée et garnie extérieurement d'ouate et d'un bandage.

Dans un deuxième temps, on pratique une laparotomie médiane, le sujet étant sur un plan incliné, ce qui débarrasse le petit bassin des anses d'intestin grêle. On sectionne l'anse oméga entre deux ligatures élastiques, après avoir perforé son mésentère; le bout supérieur est protégé et confié à un aide; le bout inférieur est libéré par la section de son mésentère qui suit l'application d'un

clamp, et on peut l'extraire directement par la plaie abdominale.

Une ligature en chaîne est substituée au clamp et le péritoine pelvien partiellement suturé ; il ne reste plus qu'à installer son anus iliaque qu'on placera médian ou latéral, suivant que la section aura porté sur la partie terminale (ou proche du rectum) ou initiale de l'anse sigmoïde.

Quant à la plaie sacrée, on peut la fermer en suturant les deux lambeaux ostéo-cutanés, avec drainage de la cavité pré-sacrée.

Reste à discuter le quatrième type, celui d'envahissement total, celui auquel les Allemands appliquent l'opération non plus de la résection du rectum, ce qui veut dire excision partielle, mais de l'amputation du rectum.

J'ai essayé de montrer, dans un opuscule, que tous nos procédés opératoires, y compris celui de Kraske, sont insuffisants vis-à-vis de cette localisation étendue du cancer rectal : pour peu que le mal s'élève au delà de 14 ou 15 centimètres, le bout supérieur n'est plus abaissable jusqu'à la place occupée jadis par l'anus, ou du moins il n'est plus abaissable sans traction, sans décollements excessifs ; il faut encore se résigner à l'anus sacré, mais à l'anus sacré définitif, le procédé de Montprofit ne trouvant plus ici son indication et sa réalisation facile.

Bien plus, cet anus sacré, fait capital, ne peut toujours, dans ces conditions, s'établir sans traction excessive. J'ai vérifié bien souvent sur le cadavre (et mon expérience clinique m'avait conduit au même résultat) que, au delà de 14 ou 15 centimètres, on a bien de la peine à amener librement l'intestin au dehors de la plaie sacrée. Le sacrum ayant été réséqué juste au-dessous des troisièmes trous sacrés, ouvrez largement le péritoine de chaque côté du rectum, coupez ce péritoine latéralement aussi loin que possible, libérez la face antérieure du sacrum jusqu'au promontoire, vous sentirez que votre intestin ne vient pas, qu'une bride postérieure et médiane solide le retient ; cette bride n'est autre chose que le pédicule des vaisseaux mésentériques supérieurs. La section de cette bride tendue par les tractions permet certes l'abaissement de l'anse oméga tout entière ; mais que devient la nutrition d'un segment ainsi dénudé et isolé ? De nombreux faits démontrent que souvent il se sphacèle

Par suite, je disais que si le rectum doit être extirpé dans toute sa hauteur, depuis l'anus jusqu'à son extrémité supérieure, il vaut mieux se résigner à l'anus iliaque qu'à l'anus sacré. Je concluais en proposant le plan opératoire suivant, que j'ai mis à exécution avec succès sur le vivant et que je vous demande la permission de vous exposer brièvement [1].

[1] *Presse médicale, loc. cit.*

Dans un premier temps, décoller la face antérieure du rectum comme dans la taille prérectale le plus haut possible, le doigt introduit dans le rectum ayant été garni d'un gant de caoutchouc, puis compléter l'incision autour de l'anus et jeter autour de celui-ci une forte ligature à la soie bien serrée. Le sujet, qui était dans la position de la taille, ayant été remis sur le côté droit, mettre à nu le rectum par la voie sacrée, non par l'incision de Kraske, mais par l'incision en T de Heinecke, déjà décrite plus haut. On découvre, je l'ai dit, avec une facilité merveilleuse toute la face postérieure du segment rectal moyen. Tout en bas, contre le releveur de l'anus, le doigt partant de la face postérieure dénude le rectum et rejoint la face antérieure déjà décollée. On saisit à présent la raison d'être du premier temps, à savoir la dénudation prérectale opérée d'abord par le périnée : elle évite les tâtonnements et les fausses routes.

La portion de rectum immédiatement sus-jacente au releveur ayant été libérée et contournée, on procède à la section de chaque releveur de l'anus entre deux pinces et presque sans une goutte de sang ; après achèvement du décollement prérectal, tout le segment inférieur du rectum se trouve libéré. On le relève de bas en haut et on cherche à décoller l'intestin du péritoine en refoulant avec le doigt le cul-de-sac péritonéal ; on ouvre au besoin celui-ci, quitte à fermer l'ouverture ensuite en suturant le cul-de-sac à l'intestin descendu. De chaque côté se présente le pédicule vasculaire constitué par les vaisseaux hémorrhoïdaux moyens, on le coupe entre deux pinces ; la limite supérieure du mal a été, autant que possible, préalablement déterminée ; l'exploration du rectum par sa face externe aide à compléter ce renseignement : il vaut mieux en tout cas couper trop haut que trop bas. Avant de faire cette section au-dessus du néoplasme, nous faufilons une soie très rapidement avec une aiguille de Reverdin courbe, à travers les parois rectales, sans pénétrer dans la cavité, et nous serrons en bourse. Même manœuvre un peu au-dessous et section entre les deux ligatures.

Le rectum a donc été, de la sorte, réséqué sans effusion d'une goutte de son contenu, à l'instar d'une poche intra-abdominale supposée pleine d'un liquide septique.

Le bout supérieur ligaturé a sa tranche aseptisée par le thermocautère, puis il est fixé dans l'angle supérieur et latéral de la plaie où le sacrum a été un peu écorné pour lui faire place. Une mèche de gaze iodoformée l'isole pour plus de sûreté des parties voisines, puis les deux moitiés du lambeau osseux sont rapprochées, réunies par les fils passés, non dans l'os, mais dans les parties fibreuses périosseuses ; la réunion est complétée par la suture de la peau.

La plaie reste pendant cinq ou six jours à l'abri de toute souillure ; à ce moment le fil a coupé l'intestin et une fistule se forme, mais déjà la réunion des vastes surfaces est en grande partie acquise, et si l'on a eu soin d'amener au dehors la ligature, en suturant la peau à l'intestin au-dessous d'elle, comme on le ferait pour un pédicule externe d'hystérectomie abdominale, tout se borne à une fistule sacrée qui servira d'issue aux sécrétions du bout intestinal sous-jacent à l'anus iliaque.

J'ai le devoir d'adresser moi-même quelques critiques à mon procédé : la première est relative à la fermeture du bout supérieur après amputation du segment malade ; l'occlusion parfaite ne peut être en toute sécurité réalisée avec un fil de soie ; si bien qu'on serre, il peut rester sur l'épaisseur des parties molles embrassées par le fil un petit pertuis central par où s'échappent les matières septiques et alors tout le bénéfice de l'opération est perdu. Cet accident m'est arrivé tout dernièrement chez une malade épuisée et cardia-aortique ; la souillure très momentanée de la plaie suffit pour engendrer une septicémie mortelle. J'emploierai désormais comme la plupart des Allemands, un lien élastique. Mais le reproche capital à adresser à mon procédé est évidemment qu'il laisse une petite fistule sacrée devant, disais-je, servir d'issue aux sécrétions du bout intestinal sous-jacent à l'anus iliaque. Je terminais en déclarant que l'idéal serait évidemment de supprimer tout ce bout inférieur ; c'est là précisément ce qu'a tenté de faire M. Gaudier.

On ne peut refuser à son opération d'être complète : j'ai eu en mains la pièce qu'il a enlevée sur le vivant, elle comprenait plus de 18 centimètres du gros intestin et latéralement les limites du mal étaient largement dépassées. M. Gaudier reconnaît à son opération d'autres mérites, par exemple celui d'extirper complètement les ganglions ; je ne suis pas aussi sûr que lui que son procédé permette d'enlever tous les ganglions de la concavité sacrée. A ce point de vue comme à quelques autres, je préférerais donc l'attaque inférieure du rectum, la voie sacrée médiane de Heineche à la voie périnéale.

Je proclame bien haut que cette incision médiane en T est véritablement séduisante par sa simplicité, l'absence presque complète d'hémorrhagie et le jour énorme qu'elle nous offre. Si je me décidais à l'opération de M. Gaudier pour le type d'envahissement total, je commencerais l'opération comme dans mon procédé déjà publié et je finirais par le temps abdominal. C'est qu'en effet le dégagement du rectum par la voie sacrée avance tellement sa libération que, après la laparatomie on n'a plus qu'à appliquer une longue pince et à faire une double ou une triple ligature, et cela, non dans le fond de l'excavation pulvienne, mais près de la base du

sacrum. L'abord par la voie sacrée abrège donc considérablement le temps abdominal : il présente cet avantage qu'on ne laisse pas le ventre ouvert pendant qu'on exécute tout le temps périnéal ; il permet de mieux faire l'enlèvement des ganglions sacrés ; il a ce mérite, c'est que, si l'on tombe sur un sujet dont le rectum et l'anse oméga descendent bien, on peut se borner à la formation d'un anus sacré obtenu sans traction et renoncer au temps abdominal. Il est d'autant plus important de ne pas s'embarquer d'emblée dans une extirpation totale que le toucher rectal est, dans bon nombre de cas, impuissant à permettre d'assigner une limite supérieure exacte au néoplasme ; ce n'est que la palpation directe à travers la brèche sacrée qui peut faire reconnaître si oui ou non le cancer dépasse de beaucoup le cul-de-sac péritonéal, et s'il est justiciable ou non d'une opération sacrée.

Il est évident précisément que, dans le cas du Dr Gaudier, le cancer, qui ne s'étendait pas à plus de 10 centimètres de l'anus, aurait pu être extirpé par l'opération de Kraske.

Bien que la plus grande partie de cette étude repose sur des expériences cadavériques, je la crois pourvue de quelque intérêt, je rappelle que c'est également sur des cadavres que Kraske a fait ses premières recherches ; aux faits cliniques de nous donner la vraie valeur des procédés opératoires que j'ai discutés.

L'idée d'enlever le rectum par une voie mixte ne me paraît pas irrationnelle, elle reculerait à coup sûr l'opérabilité de certains cancers, tels que les cancers hauts placés de mon deuxième type. Pour ceux quatrième type, elle aurait, sur mon procédé, l'avantage de mieux réaliser non l'asepsie opératoire immédiate, mais l'asepsie consécutive, celle qui suit la section du bout supérieur par le fil qui l'étreint, elle comblerait donc une lacune importante. Ici encore, sans pouvoir apporter autre chose que des arguments d'ordre anatomique, je modifierais l'opération de M. Gaudier, en substituant la libération inférieure par la voie sacrée à la libération par la voie périnéale et je terminerais par le temps abdominal au lieu de commencer par lui. Mais ces modifications lui laissent la priorité de l'idée de combiner la voie abdominale et la voie extra-pelvienne dans l'extirpation du rectum. Je ne saurais trop répéter que cette grave opération n'est considérée par moi comme acceptable que pour des cas exceptionnels que j'ai spécifiés dès le début et tout le long de ce travail. Je la considère comme acceptable parce qu'elle paraît remplir deux conditions essentielles :

1° Une ablation large du cancer ;

2° La réalisation d'une asepsie plus complète.

Le premier point ne saurait être discuté ; le second mérite de nous arrêter.

Lorsqu'on pratique une opération quelconque sur le rectum, on est exposé à voir sa plaie infectée dans deux conditions essentiellement différentes, primitivement et secondairement.

L'infection primitive résulte tantôt de ce que le chirurgien se souille les doigts en les mettant volontairement dans le rectum, tantôt de ce qu'un bol fécal est malencontreusement rejeté pendant l'acte opératoire. Il est assez facile d'éviter le premier mode de souillure, il suffit de renoncer à toute pratique qui consiste à fendre longitudinalement le rectum pour l'enlever, ou encore à celle qui se sert d'un doigt intra-rectal pour aider la libération de l'intestin. Il faut délibérément y renoncer, car ce serait se faire de grandes illusions que de se figurer pouvoir obtenir extemporairement une désinfection des doigts en les plongeant dans une solution antiseptique quelconque, sublimé ou permanganate de potasse. Eviter l'expulsion du rectum de produits septiques, bols fécaux, ou glaires ou sanies quelconques est chose absolument impossible; quant à se flatter d'obtenir une atténuation notable de la virulence du contenu rectal par un régime ou une thérapeutique quelconques, c'est s'exposer à de graves déceptions.

Les purgatifs répétés, le régime lacté, le naphtol, les lavements, tout cela ne peut avoir un effet vraiment utile sur un rectum cancéreux dont les ulcérations anfractueuses fourmillant de microbes de toute espèce et particulièrement virulents, ne sont pas modifiables par un simple lavage. Seul, un curettage préalable, suivi de lavages antiseptiques, modifie la plaie rectale, ainsi que j'ai pu m'en assurer sur un de mes malades chez lequel du mucus rectal a été prélevé avant et après l'action de la curette.

Ce curettage ne saurait être applicable à tous les cas et spécialement à ceux que j'envisage ici.

C'est parce que je suis convaincu de notre impuissance à antiseptiser suffisamment un rectum atteint de cancer que j'avais préconisé un procédé d'extirpation dont l'idée directrice était en somme d'enlever entre deux ligatures le segment malade. Les Allemands, fort compétents en la matière, sont presque tous arrivés à cette pratique de fermer par une ligature élastique, avant toute section, le bout du rectum qu'ils veulent sectionner. Cette technique nous permet dans une bonne mesure de mener à bonne fin l'extirpation du rectum cancéreux sans avoir maculé notre plaie pendant l'acte opératoire. Reste à la préserver d'une infection secondaire de celle qui va suivre la première expulsion du contenu intestinal, je ne dis pas de la première défécation, mais de la simple expulsion de glaires ou de liquides accompagnant l'émission des gaz.

Dans ce but, Schede et beaucoup d'autres (et nous sommes de ce nombre) ont préconisé la création préalable d'un anus contre-

nature. L'anus iliaque est établi huit ou dix jours avant l'opération radicale, et on profite de cette période pour irriguer comme je l'ai fait de haut en bas par le bout inférieur tout le segment rectal du gros intestin. Ce lavage direct et prolongé avec l'eau naphtolée n'a pas empêché chez un de mes malades une expulsion de glaires survenue deux jours après l'extirpation du rectum d'infecter ma plaie et de la recouvrir d'une eschare gris-verdâtre.

L'anus contre-nature est utile, assurément il nous assure contre une débâcle, il ne nous protège pas contre l'expulsion d'un contenu dont les lavages répétés ont été incapables d'amortir la virulence. C'est pour obvier à cette complication que j'avais laissé une ligature sur le bout d'intestin sus-jacent au cancer excisé, malheureusement cette ligature coupe les tissus avant que la plaie n'ait eu le temps de se réparer entièrement. On aurait donc tout à gagner, au point de vue de l'asepsie, à supprimer le bout inférieur.

Maintenant cette suppression peut-elle elle-même être effectuée sans contamination du péritoine ; voilà le dernier point qu'il nous reste à examiner.

On peut répondre *a priori* par l'affirmative : il n'y a aucune raison, en effet, à ce qu'une excision aseptique d'un segment recto-iliaque soit impossible, alors que nous réussissons à effectuer une extirpation aseptique d'un segment d'estomac ou d'intestin gros ou grêle.

La difficulté peut cependant, être ici plus grande en raison du volume et de ce fait qu'il nous est plus difficile d'oblitérer un intestin non couvert de péritoine que celui dont la séreuse nous sert à faire par invagination, la meilleure fermeture.

Dès qu'on s'adresse au rectum, la soie ne permet qu'une constriction insuffisante, l'emploi d'une ligature élastique me paraît rigoureusement indispensable. Je conseillerais encore de laisser entre la section et la ligature en caoutchouc un espace assez grand de manière à pouvoir, sur la tranche, réséquer la muqueuse circulairement, puis adosser les surfaces cruentées et les suturer minutieusement. Cette conduite ne serait bien entendu applicable qu'aux deux bouts du segment intestinal à extirper, il n'y aurait plus dès lors aucun inconvénient à enlever par le ventre le rectum préalablement libéré du côté du périnée.

En dernier lieu, on peut objecter qu'un anus contre-nature est d'un mauvais voisinage pour une ligne de suture de laparotomie. Cet inconvénient réel est pallié par la fermeture momentanée du bout intestinal qui doit devenir l'anus iliaque définitif. Il peut être atténué encore par une protection de la ligne de suture par un vernis non irritant tel que l'adhésol, par exemple.

Assurément l'opération d'extirpation totale du rectum restera

une opération grave, qu'elle soit abdomino-périnéale, comme l'a faite M. Gandier, ou qu'elle soit abdomino-sacrale, comme je le conseille, cette gravité demeurera toujours proportionnelle à l'état général du patient, à sa résistance et à son énergie nerveuse. Trop souvent le diagnostic du cancer du rectum est tardif, parce que les médecins mettent peu d'empressement à pratiquer le toucher rectal : la plupart des malades que nous avons à opérer en France nous arrivent cachectiques et avec des lésions locales très avancées, il y a là un fait dont il faut tenir compte dans l'appréciation des résultats et de la valeur des opérations : Je concède que cet ensemble de symptômes dépressifs qu'on a désigné sous le nom de *schock* opératoire n'est le plus souvent qu'une intoxication rapide et sans réaction chez un sujet plus ou moins débilité, mais cette débilitation facilite énormement et rend dangereuse la moindre intoxication. On peut espérer qu'avec une perte de sang minime, une durée non exagérée puisqu'elle a été de une heure dans l'opération de M. Gaudier, une technique encore améliorée au point de vue de l'asepsie, l'opération radicale pour des cancers élevés ou étendus sera susceptible de donner quelques succès. Nous ne pouvons, il me semble, qu'encourager les tentatives qui reculent les limites des indications opératoires et s'adressent à des cas désespérés dont le palliatif anus iliaque n'était jusqu'ici que la seule ressource.

Discussion.

M. Nélaton. — J'avais eu l'idée, il y a quelques années, d'expérimenter sur le cadavre l'opération de M. Gaudier. J'avais été frappé par la difficulté de faire l'hémostase sur le mésorectum. M. Farabeuf m'avait suggéré l'idée d'appliquer un clamp à demeure et de suturer à la région sacrée le bout supérieur en avant de ce clamp.

M. Quénu. — La modification que je propose, à savoir, la substitution de la voie sacro-abdominale à la voie périnéo-abdominale répond à l'objection de M. Nélaton.

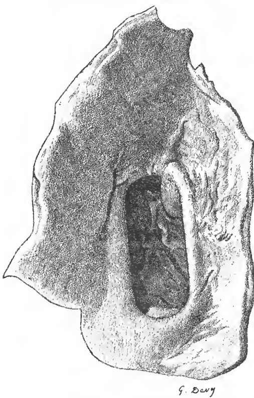
Présentations de pièces.

Gastro-entérostomie par le bouton de l'auteur.

M. Chaput. — Je vous présente les pièces d'une malade que j'ai opérée en septembre 1895 d'une gastro-entérostomie pour un can-

cer du pylore. La malade est morte le 4 mars 1896 avec une survie de plus de cinq mois.

Pendant tout le temps, elle a pu s'alimenter avec du lait sans vomir. Elle a succombé à la cachexie occasionnée par le volume des masses ganglionnaires cancéreuses. En examinant les pièces, vous pouvez constater que le bouton était libre dans la cavité stomacale ; l'orifice gastro-jujénal mesure 5 centimètres de long sur 3 centimètres de large ; ses bords sont minces et souples et il n'y a aucune tendance à la rétraction.



Outre la gastro-entérostomie, j'avais fait une ligature à la gaze iodoformée sur le bout supérieur du jéjunum pour empêcher la bile de remonter dans l'estomac, et j'avais en outre établi une entéro-anastomose entre l'anse ascendante et la descendante pour permettre l'écoulement de la bile dans l'intestin malgré la ligature. L'orifice de l'entéro-anostomose mesure 4 centimètres de longueur et 2^{cm},5 de largeur. Les bords sont minces, souples, sans tendance à la rétraction ; ses dimensions sont identiques à celles du bouton employé.



On peut voir encore que la ligature iodoformée a pénétré dans l'intestin ; elle a coupé peu à peu la portion d'intestin qu'elle entourait ; elle est encore retenue par une bride qui représente le reste de la portion qu'elle enserrait.

Le bouton de l'entéro-anastomose n'était pas dans l'intestin ; il a passé dans les selles sans qu'on l'ait retrouvé.

Le bouton stomacal était incrusté de matières alimentaires mais nullement oxydé. Il portait dans sa gouttière les deux fils des sutures en bourse.

L'élimination du bouton me paraît se faire par une atrophie lente des parties serrées dans la gouttière du bouton, atrophie qui ne se fait qu'en quelques semaines, donc très lentement. La pression use, sectionne peu à peu le pédicule des tissus contenus dans la gouttière et le bouton, qui n'est plus retenu, tombe fatalement dans l'estomac ou dans l'intestin.

Cette action très lente ne saurait exposer à la perforation aiguë, qui est un des plus grands inconvénients du bouton de Murphy.

Discussion.

M. Quénu. — Je fais remarquer que tout comme le bouton de Murphy, le bouton de M. Chaput est tombé et est resté dans l'estomac.

A propos de cette communication, je fais cette remarque que le rétablissement de la communication gastro-intestinale ne supprime pas toujours les vomissements. J'ai vu ces derniers disparaître, puis reparaître huit jours après pour céder complètement à l'usage des gouttes noires, ils étaient donc d'ordre réflexe et non d'usage mécanique.

M. Rigal présente des calculs vésicaux et un mémoire sur lequel M. Jalaguier est chargé de faire un rapport.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire annuel,
Quénu.

Séance du 1er avril 1896.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et bulletins périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Tuffier qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Communications.

I. — *Traitement des tuberculoses osseuses par le salol iodoformé,*

Par M. PAUL REYNIER.

Messieurs, il a dû vous arriver comme à moi, de vous trouver quelquefois en présence de foyers d'ostéites tuberculeuses ou autres, bien limités, devant lesquels vous hésitiez à intervenir ou que vous n'ouvriez qu'à regret. Ces interventions peuvent, en effet, vous entraîner très loin. On sait quand on trépane un os, on ne peut savoir quand se refermera la brèche osseuse ainsi faite. La cicatrisation en est longue et nécessite un repos prolongé au lit ; par le fait du pansement renouvelé fréquemment, il peut se produire des phénomènes d'infection secondaire, qui sont la cause d'ostéites de voisinage donnant lieu à des hypnostoses, à des déformations osseuses, quelquefois gênantes ultérieurement, ou pouvant être la cause de nécroses, qui, la cicatrisation obtenue, font rouvrir la plaie et nécessitent de nouvelles interventions.

Aussi comprend-on que, devant la perspective de tout ce qui peut suivre l'intervention, on hésite et qu'on ne s'y résolve qu'après avoir tenté les moyens médicaux tels que l'immobilisation, les pointes de feu, les bains salés.

Certes, je ne médis pas de cette thérapeutique, à laquelle, dans

les cas légers, j'aurai sûrement recours. Mais je crois qu'on serait dans un grand nombre de cas plus hardi, si on pouvait mieux limiter son intervention.

Je crois donc faire œuvre utile en portant à votre connaissance un mode de traitement qui permet d'obtenir une guérison rapide en quelques jours, guérison qui peut être durable, lorsque la lésion est limitée, ainsi que je vais vous en rapporter quelques exemples.

Je suis arrivé à ce mode de traitement en utilisant une propriété du salol, dont, avec le Dr Ischwal, je vous ai parlé en 1893, et que je vous rappelle brièvement. En chauffant du salol à 42°, température relativement basse, on liquéfie ce produit, et si on a chauffé avec le salol de l'iodoforme, du naphtol, de l'aristol, on voit ces substances, au moment de la fusion, se mélanger à lui, et on obtient ainsi des liquides injectables contenant ces différentes substances.

Ces mélanges liquides, à une température plus basse, se recristallisent. Si on en a donc injecté dans une cavité osseuse, celle-ci, au moment de la cristallisation, se trouve oblitérée par une masse qui se moule sur elle et l'obture mieux que ne le ferait le plombage par rapport à une cavité dentaire. Avant de se cristalliser, le mélange liquide a pu, en effet, pénétrer dans les moindres anfractuosités et dans les alvéoles du tissu spongieux, qui limitent la cavité produite par la trépanation.

Ce plombage aseptique, de plus, arrête l'hémorrhagie. On peut donc refermer par-dessus sans drainage les parties molles et obtenir la réunion par première intention, c'est-à-dire en huit jours.

C'est ce que j'ai obtenu dans six observations que je vous rapporte ici, et qui vous montreront que ce mode de traitement peut se recommander, je le répète, non seulement par la rapidité, mais par ses résultats.

Obs. I. — Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant, D. (Louis), de 13 ans, qui depuis six mois se plaignait d'une douleur au niveau de la tubérosité antérieure du tibia droit, région épophysaire.

Cette douleur l'empêchait de marcher et le fit entrer à l'hôpital Tenon le 31 juillet 1893. A la vue, on voyait que la tubérosité antérieure du tibia était plus grosse que du côté opposé. En ce point, la pression éveillait une douleur très limitée, qu'on provoquait toujours au même endroit par la pression avec l'extrémité d'un crayon.

Diagnostic. — Ostéite épiphysaire de nature probablement bacillaire. La marche insidieuse de la maladie, l'aspect du malade, les antécédents de famille (mère tuberculeuse), nous font surtout porter ce diagnoctic.

Au bout d'un mois de repos au lit, la douleur ne passant pas, je résolus d'intervenir.

Incision sur la tubérosité antérieure, au niveau du point douloureux.

Incision du périoste, légère tugmation pour découvrir un centimètre de la surface osseuse. Trépanation de l'os avec le trépan de Swalbe de Moscou, qui permet de faire un trou net, la poussière de l'os au fur à mesure pénétrant dans la cavité du trépan et ne restant pas sur la plaie. Avec ce trépan, on peut creuser un trou de la largeur du petit doigt. On tomba ainsi dans un tissu osseux rouge, très congestionné, très friable, sur certains points contenant une moelle jaune, donnant à la vue l'idée d'un point d'ostéite tuberculeuse. Après avoir versé de l'éther iodoformé dans la cavité, j'y coulai du salol liquide iodoformé, qui s'y cristallisait, l'obstruant complètement.

Réunion complète des tissus par-dessus, sans drainage.

Neuf jours après, ablation des fils. L'enfant s'en va quinze jours après son opération, ne souffrant plus.

Il a été revu trois mois après, il continuait à ne pas souffrir.

Obs. II. — Hot (Emma), 30 ans, entre le 29 octobre 1895 à l'hôpital Lariboisière.

En 1891, à la suite d'une opération pour fistule anale, elle a été prise de douleurs au niveau du grand trochanter du fémur gauche.

Ces douleurs pulsatiles, supportables d'abord, ont peu à peu augmenté d'intensité, donnant lieu à de la claudication, et finalement rendant la marche impossible.

A son entrée, la douleur est excessive et se trouve localisée au niveau du grand trochanter.

Elle éprouve de plus une douleur très vive au niveau de la crête iliaque, douleur que la pression éveille.

Opération sous chloroforme, le 2 novembre 1895. Incision de la peau; trépanation avec le trépan de Swalbe au niveau du grand trochanter, puis au niveau de la crête iliaque, à l'endroit où la malade accusait la douleur. Le trépan s'enfonce sur les deux points, dans un tissu très friable, très vascularisé.

On remplit les cavités de salol iodoformé, et on suture la plaie pardessus, au niveau du grand trochanter et au niveau de la crête iliaque.

Le 5 novembre, la douleur de la hanche a disparu. — Une douleur violente se montre au genou, sans que nous puissions l'expliquer nettement.

Le 10 novembre, disparition de tous les symptômes douloureux.

Le 13 novembre, ablation des fils, réunion primitive.

La malade sort le 19 novembre, complètement guérie.

Obs. III. — *Ostéite juxtaépiphysane de l'extrémité superieure gauche.*

M. (Eug.), 16 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 28 juin 1895.

Douleur très vive ayant débuté il y a une quinzaine de jours au niveau de l'extrémité supérieure du tibia gauche. Enfant ayant grandi rapidement. Pas de tare héréditaire, ni constitutionnelle.

Opération. — Le 30 juin, sous chloroforme. Incision de la peau, tugmation de la tubérosité externe du tibia, au niveau du point douloureux. Trépanation sur une profondeur de 3 centimètres avec le trépan

de Swalbe. On ne trouve pas de pus, mais on tombe sur un tissu osseux jaunâtre mou, très friable.

On remplit la cavité de salol iodoformé liquide. Suture des parties molles. Réunion sans drainage.

Suites normales. Ablation des fils le 20 juillet.

Le malade ne souffre plus et peut quitter l'hôpital quelques jours après, complètement guéri. L'enfant a été revu depuis, et trois mois après il continuait à ne se ressentir de rien.

Obs. IV. — *Ostéomyélite suppurée de la partie moyenne du fémur droit.*

B. (Marie), 31 ans, couturière, entrée le 14 janvier 1895 à l'hôpital Lariboisière, salle Gosselin.

Il y a sept mois, elle sent dans la cuisse gauche des douleurs, que calme seul le repos. A ce moment, elle remarque une bosselure au niveau de la partie antérieure du genou, à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen.

Pensant probablement à une exostose d'origine spécifique, un médecin consulté lui ordonne de l'iodure de potassium, des applications d'onguent mercuriel et lui conseille le repos au lit.

Les douleurs ne disparurent pas et la grosseur persista.

Le 14 janvier elle entra à l'hôpital Lariboisière avec les mêmes phénomènes douloureux.

A son entrée, on sentait, au niveau de la partie antérieure du fémur, une saillie très douloureuse à la pression.

Opération. — Le 21 janvier, sous chloroforme. Perforation du fémur avec le trépan de Swalbe. On tombe dans un tissu spongieux très ramolli, issue de deux dés environ de pus, qui a l'aspect du pus d'origine bacillaire. Nettoyage et grattage avec grand soin de la cavité osseuse, qu'on remplit ensuite de salol iodoformé liquide. Suture de la peau par-dessus, sans drainage. Suites normales. Pas de fièvre. Vingt jours après, la malade quittait le service, s'en allant au Vésinet, n'accusant plus de douleurs. Elle n'a malheureusement pas été revue depuis.

Obs. V. — Cette année, à Lariboisière, dans une résection du genou pour tumeur blanche, je trouvai deux foyers d'ostéite tuberculeuse, l'un dans la tubérosité interne du tibia, l'autre dans le condyle externe du fémur.

Pour les enlever, j'évidai les deux os et obtins ainsi deux cavités, l'une du côté du condyle externe, pouvant contenir une noisette, et s'ouvrant sur la surface de section de l'os; l'autre, du côté du tibia, de la grosseur d'une noix, s'ouvrant au-dessous de la surface de section sur la partie interne de la tubérosité interne.

Je remplis, après les avoir lavées au chlorure de zinc, ces deux cavités avec le salol liquide iodoformé qui, se cristallisant, les oblitéra complètement; le condyle externe ainsi plombé fut rapproché et suturé avec le tibia, comme dans toute résection.

Quant à la cavité du tibia, je la laissai à découvert, ne faisant pas la

réunion des parties molles à ce niveau, et établissant à cet endroit un drainage.

Les suites furent des plus simples. Le premier pansement fut fait quinze jours après. Il n'y avait pas de suppuration. Une partie du salol contenu dans la cavité du tibia fut enlevé et remplacé par un drainage à la gaze iodoformée; le pansement fut encore renouvelé deux fois, et trois mois après l'opération, le genou était consolidé, sans qu'il y eût aucune réaction du côté du fémur, où la cavité avait été oblitérée par le salol iodoformé.

Je citerai en dernier une observation intéressante, car elle montre ce que devient ce salol iodoformé cristallisé inclus dans ces cavités osseuses.

Il s'agit, en effet, d'un malade chez lequel on avait obturé dans mon service, sur mes conseils, une cavité tuberculeuse du tibia, et chez lequel, de nouvelles lésions s'étant produites, il fallut faire consécutivement l'amputation du membre. L'examen de l'os montra que la cavité obturée était restée remplie en partie par le salol iodoformé, et qu'à ce niveau ces lésions avaient été améliorées.

Je transcris cette observation d'après les notes que m'a données mon interne, M. Florsheim, qui a suivi ce malade et qui, sous mes yeux, l'avait opéré la première fois.

Obs. VI. — *Ostéomyélite tuberculeuse de la tubérosité externe du tibia gauche. — Trépanation. — Injections du salol iodoformé liquide. — Nouveaux accidents de tuberculose osseuse. — Amputation de la cuisse.*

Le nommé B. (Th.), 22 ans, employé de commerce, entre le 23 mars 1893 à l'hôpital Tenon.

Il se plaint d'éprouver, au niveau de la partie supérieure de la jambe gauche, des douleurs intolérables, qui augmentent pendant la marche. On constate en effet, au niveau du tibia, une tuméfaction en masse avec un léger degré de rougeur de la région.

Le malade est pâle, assez maigre, l'air souffreteux, et le diagnostic de tuberculose osseuse s'impose à un examen superficiel.

Dans les antécédents héréditaires, rien à noter qu'une fièvre typhoïde sans complications, vers l'âge de 9 ans. Du côté du poumon, aucun signe de tuberculose.

En 1889, il part au régiment, à 18 ans, avec une santé parfaite; un an et demi après, des douleurs assez vives se montrent dans la jambe gauche, qui augmente de volume à sa partie supérieure, et le malade constate alors, au niveau de la tubérosité externe du tibia, une grosseur du volume d'une noix, qui paraît avoir été un mélange de périostite et d'ostéomyélite. Traité par les piqûres de chlorure de zinc et des injections au naphtol camphré, il était guéri au bout d'un mois. Il part en congé de deux mois. A son retour au régiment, il est repris par des

accidents semblables ; mais la tuméfaction n'occupe pas le même siège que la première et lui est postérieure. Une opération analogue amènera cette fois encore la guérison en un mois environ.

Comme il persistait, à la suite, un léger degré d'impotence fonctionnelle, le malade fut réformé en avril 1892.

Il semblait guéri, lorsqu'à la suite d'une fausse manœuvre de gymnastique, il tomba brusquement sur les pieds ; quelques jours après, un abcès volumineux se déclarait au siège même de l'ancienne lésion ; traité par des pansements antiseptiques mal surveillés, cet abcès persista et amena le malade à Tenon.

A son entrée, le plateau tibial, dans sa totalité, était notablement augmenté de volume, très douloureux à la pression. Au niveau de la tubérosité externe existait une collection purulente assez considérable qui s'ouvrait à l'extérieur par un orifice de la dimension d'une pièce d'un franc. Un stylet introduit dans la cavité montrait l'os dénudé, friable, se laissant perforer.

Le 18 février, opération sous chloroforme. Grattage de l'os sur une étendue considérable, évidemment assez important jusqu'aux limites des parties saines. Badigeonnage de la cavité au naphtol camphré, pansement à la gaze iodoformée, intra et extra.

Les suites ne présentèrent rien de particulier. Peu à peu l'état général du malade s'améliora. La plaie ostéocutanée se rétrécit, et le malade put partir à Vincennes.

Il en revenait le 23 juin avec une fistule persistante et un écoulement de pus très abondant.

Le 27 juillet 1893, nouvelle opération. Au niveau de la plaie, on pratique une incision cruciale, qui permet d'explorer à la fois la cavité et son voisinage. Il existait un foyer extrêmement profond ayant détruit presque toute l'extrémité supérieure du tibia. Avec la curette on gratte l'os qui est très friable, et les fongosités périphériques. La cavité fut ensuite remplie de salol liquide iodoformé.

La peau du voisinage étant amincie, violacée, on la résèque à ce niveau, et on emprunte un peu plus loin des lambeaux cutanés, qui sont amenés par glissement au contact, et qu'on suture, fermant ainsi complètement la plaie, sans drainage.

Pansement antiseptique. Compression ouatée.

Suites excellentes. Le malade garda le lit un mois environ. Il n'y eut ni élévation thermique, ni de phénomènes d'intoxication.

Le 25 août, il partait à Vincennes ; la plaie ne s'était pas désunie et formait une cicatrice foncée, rentrée vers l'intérieur de l'os.

Un an après, pendant son internat à Necker, M. Florsheim l'aperçut dans le service de M. Le Dentu. De nouvelles lésions s'étaient produites, non pas au point opéré jadis, mais au-dessous. La fonction du membre était alors si compromise et la santé du malade si délabrée, que M. Le Dentu pratiqua l'amputation de la cuisse au 1/3 inférieur. M. Florsheim put examiner le membre enlevé et constater que l'ancienne lésion était cicatrisée, sans aucune trace de bacilles, directement au-dessous d'elle. Mais des lésions disséminées avaient complètement changé la

forme du tibia, qui présentait en plusieurs points de sa diaphyse des lésions plus ou moins profondes d'ostéomyélite bacillaire.

Quant au salol injecté autrefois, il se présentait sous forme d'un bloc épais très dur, adhérent, et qu'il fut difficile de détacher.

La guérison locale avait été obtenue, mais la généralisation de la maladie avait eu le dessus.

Telles sont ces observations, qui me paraissent militer en faveur du nouveau mode de traitement que je vous propose.

Discussion.

M. Félizet. — Avec quel appareil M. Reynier fait-il ses injections?

M. Reynier. — Quand j'ai perforé l'os, je me sers d'une capsule renfermant le salol iodoformé sirupeux, je le verse et le laisse se prendre en masse.

M. Félizet. — Alors nous sommes loin de ce que j'attendais du titre de la communication intéressante de notre collègue.

J'ai eu l'occasion de faire quelques expériences sur l'injection du tissu aréolaire des os.

Avec l'idée que j'ai que la lésion osseuse est le point de départ des arthrites fréquentes chez les enfants, je m'étais proposé d'agir de bonne heure sur les épiphyses.

Mes expériences ont porté sur des os sains d'enfant et sur des os malades (coxalgie et tumeur blanche du genou). Je tenais à être fixé sur les effets de l'injection avant d'agir sur le vivant. Or, l'injection du tissu aréolaire sain se fait avec une grande difficulté.

En employant une seringue puissante, avec une canule bien fixée et avec une pression de 120 centimètres de mercure, mon injection colorée (glycérine, eau, bleu de méthylène) n'a pas dépassé un rayon de 10 ou 12 millimètres, et encore, chez l'enfant, les cartilages épiphysaires segmentant le trochanter, le col et la tête opposant une barrière nouvelle à la pénétration dans les os malades, les difficultés sont plus grandes encore, la pénétration est en fait à peu près nulle.

Même en faisant usage de solutions de masse colorante dans l'éther, liquide que je supposais capable de dissoudre la graisse du tissu tuberculeux dégénéré, le résultat a été insuffisant et je n'ai rien trouvé dans ces expériences qui puisse m'engager à appliquer cette pratique chez un petit malade.

Les observations très intéressantes de M. Reynier ne répondent donc pas à ce que nous avions espéré.

Ce n'est pas une injection, c'est un évidement économique, dans le foyer duquel il dépose du salol liquide, c'est-à-dire dans l'état qui permet le mieux l'antiseptisation des parois.

Le salol demeure dans ce foyer à l'état de liquide antiseptique, et ce liquide, ce n'est pas comme salol qu'il agit, puisque le salol ne s'absorbe pas, M. Reynier l'ayant retrouvé intact, après plusieurs mois, dans le foyer d'un de ses opérés. Le soin et la précision de l'opérateur sont les véritables facteurs du succès obtenu par notre collègue.

M. Routier. — Je m'associe aux remarques de M. Félizet et n'attribue pas le principal rôle au salol.

Le plombage des os a été fait maintes fois à l'étranger et en France ; l'idée de M. Reynier est d'attaquer l'os tuberculeux par le salol.

M. Reynier. — Je crois que le salol versé dans une cavité osseuse se diffuse, ne fût-ce qu'à quelques millimètres. On crée donc une zone de défense.

M. Quénu. — Je rappelle que Reclus avait aussi inventé une pommade iodoformée qu'il laissait dans les cavités d'os évidés. Je ne pense pas que cette pratique ait jamais donné de brillants résultats. Si l'évidement a supprimé toute tuberculose locale, la cavité se comble chez les enfants avec une rapidité merveilleuse et la pommade est inutile. Si, malgré l'évidement, il persiste des tubercules dans l'os, je ne crois pas, et je suis de l'avis de MM. Routier et Félizet, que le médicament diffuse au point de guérir la lésion.

II. — *La luxation congénitale de la hanche et son traitement,*

Par M. A. BROCA, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Avant d'étudier les indications thérapeutiques auxquelles doit obéir le chirurgien en face d'une luxation congénitale de la hanche, il faut définir en quelques mots à quelle lésion s'applique ce terme.

Cette entrée en matière serait inutile si, en 1866, Verneuil ne s'était occupé de la question et n'avait émis des assertions indiscutablement erronées.

Sous prétexte de clarté, et avec l'illusion d'avoir fait faire un progrès à une thérapeutique jusqu'alors décevante, Verneuil a prétendu que les luxations dites congénitales étaient en réalité acquises, qu'elles étaient la conséquence d'une paralysie infantile limitée aux muscles pelvitrochantériens, qu'on devait dès lors en

venir à bout par l'électrisation, l'hydrothérapie locale, un appareil de contention et un traitement tonique général.

C'était entraîner et la pathogénie et la thérapeutique dans un sens radicalement vicieux, et, dès son apparition, la théorie de Verneuil fut écrasée sous les arguments irréfutables de Bouvier, de P. Broca. Reprendre ces argumentations me paraît inutile : il n'y a à peu près rien à ajouter.

Qu'il y ait des luxations paralytiques, dans les diverses jointures de l'économie, le fait est constant. Mais, à la hanche en particulier, elles sont exceptionnelles ; dans les observations de son mémoire initial, Verneuil a montré des tendances à la luxation plutôt que des uxations, et c'est théoriquement qu'il admit la possibilité — d'ailleurs admise avant lui, comme l'a fait remarquer Bouvier — d'un déplacement véritable. On peut en dire autant pour les observations qu'il a fait publier quelques années plus tard par P. Reclus, et celles, où il y a luxation réelle, sont même discutables au point de vue de leur étiologie paralytique.

Donc les luxations paralytiques sont rares, mais elles existent, et il importe de ne pas les confondre, malgré les efforts de Verneuil, avec les luxations congénitales. Celles-ci forment, aussi bien en clinique qu'en anatomie pathologique, un tout bien net.

N'est-elle point caractéristique, l'histoire de ces enfants qui marchent seulement vers 15, 18, 20 mois, 2 ans même ? et l'on constate immédiatement une hésitation, une faiblesse d'une jambe, souvent des deux, on remarque que les pieds sont anormalement tournés en dehors ou en dedans ; puis, lorsqu'avec bien de la peine, l'enfant commence à marcher seul, on le voit se dandiner d'une façon spéciale, peu à peu plus accentuée, jusqu'au moment où s'établit une sorte de tolérance. A l'examen physique, pour peu qu'on examine ces enfants avec soin et à plusieurs reprises, à intervalles variables, on sent d'abord au palper que seulement dans quelques mouvements spéciaux, la tête fémorale est un peu saillante soit vers la fesse, soit sous l'épine iliaque, puis cette saillie augmente et finalement il y a une luxation nette, le plus souvent en arrière, quelquefois en haut.

La seule analyse de ces symptômes permet de conclure qu'il existe originellement une malformation articulaire. Au début, la tête est en regard du cotyle, mais ce cotyle est trop petit pour la recevoir ou trop plat pour l'emboîter. Tant que l'enfant ne marche pas, on n'y voit rien ou à peu près, au moins dans la grande majorité des cas. Mais que le poids du corps intervienne, et la tête fémorale, que rien ne cale en haut et en arrière, va monter vers la fosse iliaque. Elle restera, il est vrai, coiffée par la capsule épaissie et distendue, mais jamais déchirée.

Ainsi, la malformation articulaire est le fait initial, comme l'a clairement énoncé, il y a quelques jours, mon maître Lannelongue; la luxation est un fait secondaire au point de vue pathogénique, mais c'est elle qui nous intéresse au point de vue thérapeutique.

Quoi qu'en ait cru Verneuil, cette malformation n'est pas une simple vue de l'esprit. En autopsiant 332 nouveau-nés, morts à l'hospice des Enfants-Assistés, Parise l'a constatée trois fois : et Verneuil lui-même reconnaît qu'alors la paralysie des fessiers n'est pas en jeu. Mais il répond immédiatement : n'est-ce pas un chiffre infime eu égard au nombre considérable des luxations dites congénitales de la hanche? Or, il suffit de quelques connaissances élémentaires en mathématiques pour conclure qu'en réalité ce chiffre est énorme. La proportion de 1 0/0 sur une série continue est comparable à celle de 1 0/00 par laquelle, d'après les relevés de Trélat à la Maternité, doit se chiffrer la proportion des malformations ano-rectales. Les malformations de la hanche seraient donc environ 100 fois plus communes que celles de l'anus et du rectum, et si l'on songe à la fréquence relative avec laquelle nous observons les secondes, on se rend compte immédiatement combien les premières doivent être banales.

Lorsqu'on a l'heureuse fortune de disséquer une malformation de la hanche chez un sujet n'ayant pas encore marché, on comprend que la marche doive avoir pour effet de faire remonter, c'est-à-dire luxer, la tête que rien n'emboîte. Et lorsque la marche a produit cet effet, on constate à l'autopsie que le cotyle est incapable de recevoir la tête.

Tel est le fait anatomique initial, et non point une paralysie imaginaire des fessiers. Il existe, sans doute, une atrophie en masse du membre inférieur, tout entier plus grêle et plus court. Mais si on dissèque les muscles, on les trouve fermes et rouges : une seule fois, au cours de mes nombreuses opérations, j'ai trouvé, chez une fille âgée, des muscles fessiers mous et jaunes. Et récemment, Lannelongue a démontré par l'histologie que les muscles sont petits, mais de structure normale.

Toutes ces données font justice des conceptions thérapeutiques de Verneuil : fortifier les muscles ne sera jamais qu'un adjuvant. D'ailleurs, Verneuil a publié quelques guérisons de parésies des muscles de la fesse sans luxation, mais il n'a publié nulle part un succès où l'histoire fût réellement celle de la luxation congénitale.

Ces préliminaires posés, je peux entrer dans le vif de mon sujet.

Pour traiter les luxations congénitales de la hanche, le but visé doit être : 1° de réduire dans le cotyle la tête déplacée; 2° de l'y maintenir. On s'est proposé, depuis bien longtemps, d'y parvenir

par des moyens orthopédiques ; depuis quelques années, on a eu recours à des interventions sanglantes.

Traitement orthopédique. — On a décrit des *manœuvres de réduction* assez variées, constituées soit par des mouvements réglés plus ou moins analogues à ceux qui sont utilisés pour réduire les luxations traumatiques, soit, plus simplement, par les divers modes d'extension continue, soit par l'association des deux. De Pravaz à Paci, les chirurgiens sont nombreux, qui ont essayé de systématiser ce traitement : mais, si les résultats immédiats sont souvent satisfaisants, les résultats définitifs ont toujours été illusoires.

Le résultat immédiat est bon quand la difformité extérieure est supprimée, le raccourcissement étant corrigé et la tête n'étant plus appréciable à la palpation. Or on y parvient aisément pour les jointures souples des enfants encore jeunes. Tout à fait au début, il suffit d'exercer, à la main, une extension temporaire médiocrement intense ; plus tard, les manœuvres de Paci sont efficaces ; et quand existe une contracture commençante des fléchisseurs et des abducteurs, elles restent encore utilisables pendant quelque temps, pourvu que l'on ait préalablement assoupli la jointure par l'extension continue.

Mais dans ces conditions a-t-on obtenu la réduction proprement dite ? Je ne le crois absolument pas, et, pour être de cet avis, il suffit de regarder les pièces anatomiques. Sur ces pièces, même lorsque l'enfant est jeune, on constate que le cotyle est étroit, triangulaire, incapable de recevoir la tête, qui ne peut y pénétrer que par son pôle. Toutes les fois que j'ai opéré, j'ai, naturellement, exploré l'ancien cotyle avec le doigt, et toujours je suis arrivé à la même conclusion : on peut mettre la tête orthopédiquement devant le cotyle, mais non dans le cotyle. Et de cela j'ai la preuve directe, fournie par l'autopsie d'une de mes opérées qui a succombé à la septicémie ; au doigt, le cotyle m'avait semblé large et, après l'avoir simplement débarrassé des parties molles qui l'encombraient, j'ai pratiqué les mêmes manœuvres que pour une luxation traumatique récente ; et brusquement, avec le claquement caractéristique, la tête disparut, les deux membres devinrent identiques. Or l'autopsie m'a appris que seule l'extrémité de la tête, un peu effilée, pénétrait dans le cotyle : et pièces en main il était tout à fait impossible d'obtenir autre chose.

Il y a, sans doute, quelquefois un cotyle large, et cela semble être la règle tout à fait au début. Alors la réduction est possible ; mais la tête arrive sur une surface plate où aucun rebord ne la peut ensuite maintenir.

Donc, restez-en aux manœuvres de réduction, puis faites marcher l'enfant : et fatalement la luxation récidivera, dans un cas comme dans l'autre.

Tous les chirurgiens et tous les orthopédistes sont arrivés à cette conclusion ; aussi ont-ils fait suivre cette réduction — ou plutôt cette fausse réduction — de manœuvres, d'interventions diverses, destinées à fixer la tête. Et s'ils y étaient parvenus, peu aurait importé que la réduction initiale eût été apparente ou réelle, complète ou incomplète.

Il est bien connu, en effet, que si, dans le cas particulier, la claudication est spécialement disgracieuse et la marche spécialement fatigante, c'est parce que la tête, n'étant maintenue que par des liens fibreux, subit à chaque appui sur le sol une ascension plus ou moins étendue ; tout point d'appui solide fait défaut, aussi bien à l'action musculaire qu'au poids du corps, et, de la sorte, un sujet atteint de luxation congénitale de la hanche est, au point de vue fonctionnel, en bien plus mauvaise posture qu'un sujet dont la hanche est ankylosée en bonne position.

A cet égard, d'ailleurs, les luxations congénitales de la hanche, abandonnées à elles-mêmes, se divisent nettement en deux catégories : les unes, sans que cependant il se crée d'ordinaire une pseudarthrose proprement dite, se fixent à peu près, tôt ou tard ; les autres, au contraire, restent toujours oscillantes, et, la jointure se fatiguant sans cesse, se compliquent de poussées d'arthrite subaiguë, de contractures et de rétractions des muscles fléchisseurs et adducteurs. Les premières, qui sont compatibles avec un fonctionnement passable du membre, comprennent une proportion notable des luxations en haut et en avant ; les secondes, qui vouent le sujet à une infirmité plus ou moins grave, sont de beaucoup plus fréquentes et comprennent la grande majorité des luxations en arrière.

Que la tête soit haute ou basse, qu'elle soit dans le cotyle ou hors du cotyle, la réduire n'est qu'un point accessoire ; il faut la fixer. Tous les chirurgiens s'en sont rendu compte et depuis longtemps on a imaginé des procédés pour y parvenir. Je ne ferai que rappeler les scarifications de la capsule, l'immobilisation prolongée après réduction, soit par l'extension continue, soit par un appareil plâtré, etc. Ou bien on a cherché, avec des appareils plus ou moins dérivés de la ceinture de Dupuytren, à permettre au sujet de marcher, tout en s'opposant à l'ascension de la tête par un appui extérieur fourni au grand trochanter.

Tout cela a échoué lamentablement. Il y a quelques années, M. Lannelongue a eu l'idée de provoquer autour de la tête, abaissée le plus possible, une sclérose des parties molles et peut-être

une ossification sous-périostique à l'aide des injections de chlorure de zinc qu'il venait de systématiser, pour les tumeurs blanches, comme méthode sclérogène. Il a de la sorte raidi la jointure, et lorsque les sujets ont commencé de nouveau à marcher, après une immobilisation plus ou moins prolongée, leur déhanchement était moindre ; mais finalement le résultat a été nul.

Toutes ces tentatives ont l'inconvénient majeur d'obliger le malade à un repos au lit prolongé, au bout duquel il y a une amélioration temporaire, suivie d'une récidive à peu près fatale. Aussi, après une fortune et une vogue variables, ont-elles été à peu près toutes abandonnées, et pour mon compte personnel, après avoir observé un nombre considérable d'enfants, après avoir essayé un peu de tout, après avoir vu les résultats obtenus par d'autres chirurgiens, j'étais arrivé à conclure qu'il fallait ou bien ne rien faire du tout, ou bien opérer : ne rien faire pendant les premiers temps et en rester là si, la tête se fixant, la difformité devenait compatible avec un fonctionnement convenable du membre.

Depuis quelques mois, une méthode nouvelle a vu le jour et c'est à Lorenz [1] que nous la devons. Après avoir obtenu la réduction par des manœuvres basées sur l'extension, l'abduction et la rotation en dedans, Lorenz fixe le membre, à l'aide d'un appareil plâtré, dans l'abduction forcée. Dans cette attitude, le sujet marche et la tête, fixée contre le cotyle, finirait, sous la pression que détermine le poids du corps, par se creuser une place.

Ce traitement mérite incontestablement d'être mis à l'étude : il a le grand avantage de permettre la marche, et je puis affirmer, pour l'avoir constaté personnellement, que les enfants ainsi appareillés marchent très suffisamment. Mais avons-nous là le moyen cherché depuis tant d'années ? Quoi qu'on semble croire de divers côtés, il n'en est rien. Lorenz est le premier à reconnaître que ce traitement n'est guère applicable aux luxations bilatérales ; qu'en tout cas il ne saurait en être question, passé quatre à cinq ans, époque où le cotyle semble définitivement rétréci, et où les rétractions musculaires commencent à mettre obstacle à la réduction.

Ce serait déjà très beau, si l'on pouvait fixer ainsi les luxations unilatérales des jeunes sujets, et il semble bien que Lorenz ait obtenu ce résultat important. Aussi ai-je prié mon élève, M. Delanglade, au retour d'un voyage qu'il a fait à Vienne, de soumettre quelques enfants à ce traitement. Mon expérience n'est encore ni bien vieille, ni bien étendue. Mais je dois dire que si, dans un cas, lorsque l'appareil fut levé au bout de quatre mois, le résultat parut

[1] LORENZ. Traitement orthopédique de la luxation congénitale de la hanche (*Presse médicale*, 14 mars 1896, n° 22, p. CV).

bon, l'enfant marchant avec une hanche enraidie, peu de semaines après, la souplesse était revenue, et avec elle la récidive. Je continue, car on n'y peut rien perdre, et j'ai plusieurs malades en observation ; j'espère dans l'avenir, mais un échec ne me surprendrait pas outre mesure.

Ma conclusion actuelle est que chez les enfants jeunes, à luxation simple et réductible, il ne faut pas songer à opérer avant échec avéré de l'appareil de Lorenz.

Mais si on enregistre cet échec, ou bien si on est consulté à une période où l'application de cet appareil est impossible, alors nous avons dans l'intervention sanglante une ressource précieuse.

Intervention sanglante. — Nous pouvons faire abstraction de la période ancienne, où la mortalité par septicémie stérilisait toutes les tentatives, et nous ne parlerons que des opérations pratiquées depuis quelques années.

Une des premières auxquelles on ait eu recours est la résection, avec introduction dans le cotyle déshabité soit du col décapité, soit même de l'extrémité supérieure de la diaphyse. Malgré les efforts de Margary — précédé et suivi de quelques autres chirurgiens — c'est une méthode condamnée. Avec Hoffa, on doit déclarer qu'elle fournit des résultats orthopédiques médiocres ou mauvais, et ce que j'ai observé confirme cette opinion. Trois fois, en effet, chez des filles assez âgées, que j'avais eu le tort de ne pas soumettre à l'extension continue préalable, j'ai excisé la tête fémorale, et j'ai obtenu un résultat fonctionnel passable, un médiocre et un mauvais. Dans ce dernier cas, la marche avait été, pendant quelques mois, remarquablement améliorée, mais cela ne s'est pas maintenu et finalement il y a eu résultat nul, sinon même aggravation légère. Les deux autres malades, au contraire, chez lesquelles l'infirmité était au plus haut point, ont tiré de l'intervention un petit bénéfice. Mais cette amélioration est trop faible — et de plus je ne suis pas assez certain qu'elle se maintiendra — pour que je ne m'associe pas au jugement porté par Hoffa.

Et cela d'autant mieux que je crois la réduction toujours possible, si on sait assouplir préalablement la jointure par l'extension continue intensive, selon la méthode de Hennequin. Depuis quelques mois, je me suis attaqué de la sorte aux cas les plus complexes et j'ai mené à bien l'opération.

Avant d'en arriver à l'opération idéale, celle qui vise la réduction sans résection, je mentionnerai l'arthrodèse essayée par Albert, l'enchevillement : ses tentatives n'ont abouti à rien. Il y a quelques années, König a eu une idée ingénieuse : relever audessus de la tête, abaissée le plus possible, des volets périostiques,

destinés, en s'ossifiant, à former un rebord cotyloïdien. Mais il est inutile d'y insister, puisque König lui-même, après avoir étudié l'opération de Hoffa, a renoncé à son procédé.

La seule méthode d'avenir, parmi les interventions sanglantes, consiste à creuser l'ancien cotyle, devenu trop étroit, de façon à y réduire la tête fémorale, que dorénavant il pourra contenir et maintenir. C'est là ce qu'a inauguré Hoffa, ce qu'a développé et perfectionné Lorenz [1], ce qu'en France plusieurs opérateurs — parmi lesquels mon collègue et ami Kirmisson et moi-même avons tenu la tête depuis cinq ans — ont réalisé à leur tour.

Je vais, dans cet exposé, laisser complètement de côté tout ce qu'a déjà publié M. Kirmisson ; j'espère qu'il va nous exposer lui-même ses idées, sa technique, ses résultats. Quoi qu'on en ait insinué, en effet, je sais qu'il continue à intervenir. Et, pour mon propre compte, je serai bref, car j'ai exposé mon manuel opératoire, en détail, au Congrès de piédiatrie de Bordeaux [2], en août 1895, et je me bornerai ici à le résumer en quelques lignes.

Lorsque Hoffa commença ses recherches, il pensa, avec d'assez nombreux auteurs, que l'obstacle à l'abaissement de la tête devait être cherché, principalement, dans le raccourcissement des muscles pelvitrochantériens rétractés. De là, son procédé opératoire : après avoir traversé la peau et le grand fessier par l'incision de Langenbeck, il désinsérait complètement de leurs attaches trochantériennes les muscles profonds de la fesse, et, sous eux, arrivait à la capsule, qu'il ouvrait. La tête et le col fémoral étant bien libérés, il devenait facile d'aborder le cotyle ancien et de le creuser à la curette. Après réduction, la plaie n'était pas réunie, mais tamponnée à la gaze iodoformée.

Ce procédé a le grave inconvénient d'offenser sérieusement les muscles de la fesse, et, d'autre part, on n'a pas tardé à voir que la rétraction des muscles pelvitrochantériens n'opposait, en réalité, aucun obstacle à la réduction. Je m'en suis rendu compte dès ma première intervention, et, depuis 1891, Lorenz soutient, avec raison, que les muscles doivent être ménagés le plus possible.

Leur rôle dans la marche est, en effet, des plus importants. J'ai vu un sujet chez lequel, sans aucun déplacement articulaire, une atrophie bilatérale des muscles de la fesse provoquait une claudication oscillante, fort analogue à celle d'une luxation congénitale; et, dans deux cas où j'ai opéré par l'incision demi-circulaire de Jager, qui sectionne transversalement, à deux doigts au-dessus du

[1] J. Cottet, Luxation congénitale de la hanche; opération de Lorenz (revue générale) (*Presse médicale*, 5 février 1896, n° 11, p. 61).

[2] Broca, Traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche (*Revue d'orthopédie*, 1895, n° 6, p. 401).

trochanter, les muscles fessiers et leurs nerfs, le résultat définitif n'a pas été bon. Un de ces cas, il est vrai, concerne une fille déjà âgée chez laquelle, impuissant à réduire, j'ai pratiqué la résection : mais, mes deux autres réséquées marchent infiniment mieux qu'elle; et, de plus, dans mon autre observation, le résultat anatomique est bon, la tête étant depuis plusieurs années restée emboîtée. Mais, si la fonction est devenue bonne en ce sens que la marche n'est plus fatigante, la claudication reste beaucoup plus disgracieuse que chez tous les autres malades, ce que j'attribue à l'atrophie des muscles de la fesse.

Dans le procédé auquel j'ai presque toujours eu recours, les muscles n'ont pas à souffrir. Après avoir tracé sur la peau l'incision de Langenbeck, je passe entre deux faisceaux du grand fessier, puis, je fais sauter, d'un coup de ciseau oblique, tout le sommet du grand trochanter et je rabats en haut, en isolant bien la capsule, les muscles correspondants. J'ai donc pratiqué une ostéotomie temporaire, et je n'ai désinséré ou coupé aucun muscle ; à la fin de l'opération, je remets en place le coin osseux, fixé par quelques points de suture périostiques, et toujours je l'ai vu se bien consolider. Après résection, j'ai toujours vu l'adaptation des surfaces osseuses trochantériennes se faire exactement, sans chevauchement, et, de là, j'ai bien vite conclu qu'on ne saurait, malgré Hoffa, considérer le raccourcissement des muscles correspondants comme le principal obstacle à la réduction. J'ajouterai que, contrairement à Lorenz, je n'ai jamais vu les muscles longs postérieurs (biceps, demi-tendineux et demi-membraneux) être raccourcis et tendus après la réduction, et je n'ai jamais eu à en faire la ténotomie. Les seuls muscles dont la rétraction entre en jeu sont les muscles fléchisseurs et adducteurs, et dans le même sens agit la rétraction de la partie antérieure de la capsule, du ligament de Bertin surtout. De là proviennent les seules difficultés de réduction, et, après réduction, la flexion permanente de l'article, assez souvent observée chez les sujets âgés. Aussi, est-il important, au cours de l'opération, de désinsérer avec soin le ligament de Bertin, et est-il parfois nécessaire de sectionner les muscles adducteurs.

Cette myotomie, à laquelle Lorenz a souvent recours, même chez les jeunes enfants qu'il traite par l'appareil plâtré, je l'ai plusieurs fois pratiquée et n'ai pas eu à m'en repentir; mais dans mes dernières opérations, l'extension continue préalable m'a permis de m'en passer, même chez de grandes filles.

Le procédé opératoire de Lorenz ménage encore plus la musculature, puisqu'on aborde la jointure franchement en dehors, entre le grand fessier et le tenseur du fascia lata, en avant du bord antérieur du moyen fessier. Ses avantages principaux, à mes yeux,

sont que, le sujet étant opéré, dans le décubitus dorsal, on peut obtenir la réduction par extension directe, sans manœuvres plus ou moins complexes au cours desquelles on risque facilement d'infecter la plaie, et que, si l'asepsie n'est pas parfaite, on a bien moins à craindre d'une plaie drainée à fond, jusque dans la jointure, tandis que dans mon procédé le volet des muscles trochantériens enferme dans le foyer ostéo-articulaire les agents infectieux dont on a pu, par malheur, le contaminer.

C'est pour cela que j'ai commencé à mettre à l'étude ce procédé, quoique depuis bien longtemps je n'aie pas perdu d'opéré. Les chirurgiens qui se déclarent impeccables trouveront peut-être que j'ai tort de me laisser intimider par des désastres aujourd'hui inconnus. Je crois prudent d'avoir un procédé grâce auquel une infection légère puisse n'être pas mortelle.

La seule objection à la légitimité de ces interventions est en effet la mortalité par septicémie. Elle devient nulle quand on est devenu très maître de la technique; mais tous les opérateurs, Hoffa, Lorenz aussi bien que Kirmisson et moi, ont eu des revers au début de leur pratique.

Je conclus nettement qu'entre les mains d'un opérateur exercé, la mortalité n'est plus une contre-indication. Dès lors, nous sommes en droit de juger l'intervention sur les résultats qu'elle fournit.

Pour apprécier les résultats de l'intervention, la question doit être envisagée au point de vue artistique et au point de vue pratique, c'est-à-dire au point de vue de la claudication d'une part, de la solidité de la marche d'autre part. En outre, il faut se bien reporter à l'état de la lésion avant l'opération ; rien n'est variable, en effet, comme le pronostic fonctionnel d'une luxation congénitale de la hanche abandonnée à elle-même et l'on ne saurait comparer une luxation proche, simple, à tête fixée, et une luxation éloignée, oscillante, avec contracture et poussées d'arthrite; une luxation chez un enfant de trois ans et une luxation chez un enfant de quinze ans.

Les observations publiées *in extenso*, par un auteur consciencieux, pourront donc seules permettre de trancher la question. D'ici à quelques jours, celles de ma pratique personnelle vont être relatées intégralement, dans la thèse de mon élève Delanglade. C'est à elles que je renvoie et actuellement je veux seulement, sans même répéter les chiffres dont j'ai récemment entretenu l'Académie de médecine [1], tirer quelques conclusions générales.

Pour une luxation simple, chez une enfant jeune, au-dessous de

[1] Broca, Luxation congénitale de la hanche (*Presse médicale*, 11 mars 1896, n° 21, p. 52.

quatre à cinq ans, la guérison sans trace de claudication est possible : j'en ai présenté un exemple à l'Académie et la fillette boite de l'autre côté, où elle est atteinte d'une petite luxation en haut, que je n'opère pas. Je me garderai bien cependant de jamais promettre ce résultat idéal, possible, mais non certain, même dans les cas les plus légers.

Ce que l'on peut promettre, même dans des cas en apparence défavorables, chez des sujets de dix, douze et quinze ans, c'est une claudication bien moins disgracieuse et une amélioration fonctionnelle considérable. Il y a des récidives : j'en ai eu trois et tous les autres opérateurs, y compris Lorenz, en enregistrent de temps à autre. Mais le fait est rare quand on opère bien. La tête reste réduite et fixée. Aussi la boiterie devient-elle analogue à celle d'une coxalgie guérie, et ce n'est plus l'horrible déhanchement. Et surtout, la hanche est solide : sur deux pièces que m'a fournies une autopsie tardive, j'ai vu la tête fortement emboîtée dans le cotyle creusé. De là un point d'appui tel que la marche a lieu sans fatigue. Tous mes malades, à cet égard, sont considérablement améliorés, capables qu'ils sont de fournir de longues courses, alors qu'auparavant ils ne pouvaient pas faire 500 mètres sans se reposer; capables qu'ils sont de se tenir debout sur leur jambe opérée en levant l'autre pied, et même de sauter sur elle à cloche-pied. Le fait est que les parents sont contents et que plusieurs en ont décidé d'autres à l'intervention.

Pour arriver à ce bon résultat, il faut du temps, il faut instituer un traitement orthopédique attentif, par l'électrisation, le massage. De la sorte, j'ai eu de très bons résultats, même dans de très mauvais cas, même dans des luxations bilatérales.

Je suis loin de conclure qu'il faille opérer de parti pris chez l'enfant en bas âge : il faut surveiller l'enfant, voir si la luxation s'aggrave, et, à ce point de vue, bien distinguer les luxations en haut et les luxations en arrière. Mais on n'attendra la période de contracture et d'infirmité complète si l'on constate, ce qui d'ailleurs est la règle, une aggravation progressive.

Présentations de malades.

1° *Ectopie vulvaire de l'anus guérie par la transplantation de l'anus au périnée.*

M. E. Kirmisson. — J'ai l'honneur de vous présenter une petite fille de cinq mois atteinte du vice de conformation qu'on nomme

habituellement imperforation anale avec abouchement anormal dans la vulve ou le vagin, et que j'ai proposé de désigner plus simplement sous le nom d'ectopie vulvaire ou vaginale de l'anus. Ici, il s'agissait d'une ectopie vulvaire, c'est-à-dire que l'anus anormal venait s'ouvrir sur la ligne médiane immédiatement en arrière de la commissure postérieure de la vulve. L'opération a été faite il y a onze jours par transplantation du rectum au périnée, c'est-à-dire que l'extrémité inférieure du rectum mise à nu est complètement isolée dans ses connexions avec la vulve et avec le vagin. La dissection de la cloison recto-vaginale remonte assez haut pour que le rectum puisse être facilement attiré dans la plaie périnéale où il est fixé par plusieurs points de suture ; la plaie périnéale elle-même a été ensuite fermée dans sa partie antérieure par quelques points de suture, de façon à reconstituer autant que possihle avec sa forme et ses dimensions normales, le périnée. Au préalable, deux points de suture appliqués sur la paroi vulvaire avaient fermé le point au niveau duquel venait primitivement s'aboucher le rectum. De sorte que, dans ce cas particulier, j'ai fait trois ordres de suture, des sutures vulvaires, des sutures périnéales, et des sutures rectales. Tout s'est passé avec une simplicité parfaite ; aujourd'hui l'orifice anormal du côté de la vulve est complètement oblitéré ; l'anus périnéal fonctionne d'une façon satisfaisante.

L'opération que je viens de vous exposer est celle qui a été conseillée par Nélaton le père, et dont le succès consiste dans la mobilisation parfaite du rectum et son isolement complet d'avec la paroi vaginale. Tant que l'on respecte les adhérences anormales du rectum avec le vagin, l'on échoue. L'enfant que je vous présente a été opérée à l'âge de deux mois par un de nos collègues les plus distingués de province, et la difformité s'est reproduite. Il me semble donc que le procédé utile n'est pas suffisamment connu, et c'est pour cela que je me suis permis d'attirer sur lui votre attention.

Discussion.

M. Pozzi. — J'ai fait la même opération avec succès ; il est nécessaire parfois de mobiliser très haut le rectum même, en décollant un peu de péritoine, de manière à ce que les sutures ne soient pas tiraillées.

2° Fracture sus-condyliennes du fémur.

M. Berger présente à la Société deuxs ujets atteints de fractures sus-condyliennes du fémur et traités par l'appareil de M. Henne-

quin. La fracture remonte à quatre mois environ chez le premier, à trois mois pour le second. Ces fractures s'accompagnaient toutes deux d'un épanchement sanguin considérable dans l'articulation et d'un déplacement notable. Chez le premier, le fragment supérieur avait traversé le triceps et venait faire saillie au-dessus de la rotule dont le relief était effacé. Chez l'un et chez l'autre on ne pouvait ni affirmer, ni exclure l'existence d'un trait de fracture intercondilien; celui-ci était plus probable chez le second malade en raison de l'élargissement apparent du genou, mais il n'y avait pas de mobilité manifeste des condyles l'un sur l'autre.

Ces deux sujets ont été traités par l'extension continue pratiquée suivant la méthode et avec l'appareil de M. Hennequin. Celui-ci a bien voulu instituer et surveiller lui-même le traitement. Dans le premier cas la consolidation a mis un peu plus de soixante jours à se produire; elle n'en a exigé que cinquante dans le second; chez ce dernier malade le cal est encore un peu volumineux en raison de la date récente de la fracture.

La consolidation s'est faite sans aucun raccourcissement, sans déformation, ni modification de l'axe du membre. Les mouvements du genou sont presque entièrement éburnés dans les deux cas (la flexion dépasse l'angle droit) et on peut affirmer qu'ils reviendront complètement; la marche se fait sans aucune claudication.

Ces deux remarquables exemples démontrent que l'appareil de M. Hennequin est aussi efficace pour les fractures de l'extrémité inférieure du fémur que pour les fractures de sa diaphyse, et que l'emploi de l'extension continue par cette méthode est de nature à modifier entièrement le pronostic grave fait par Trélat, Hamilton et tous les auteurs dans ce genre de fractures.

Discussion.

M. Marchant. — Je soigne à l'hôpital Tenon un malade atteint de fracture avec embrochement du triceps, datant de cinq mois. La flexion est impossible.

M. Chaput. — L'appareil de Hennequin est-il appliqué sur la cuisse ?

M. Berger répond affirmativement.

M. Quénu. — J'ai traité deux fractures sus-condyliennes par l'appareil d'Hennequin avec succès.

M. Delorme. — J'ai observé plusieurs fractures sus-condyliennes traitées de différentes façons, avec bons résultats.

M. Kirmisson. — L'appareil d'Hennequin est l'appareil de choix.

Présentation de malades.

M. Pozzi présente un malade opéré il y a deux ans par l'opération de Kraske.

Discussion.

M. Quénu. — La présentation de M. Pozzi répond à une objection que me faisait M. Félizet au sujet de mon rapport sur l'extirpation du rectum en cas de cancer.

Les exemples de survie prolongée à la suite de ces opérations sont loin d'être rares ; j'ai opéré au mois de mai 1890 pour un cancer de l'ampoule rectale un malade que j'ai revu il y a deux semaines en parfaite santé ; d'autres exemples existent dans la littérature étrangère de non-récidive après six, huit et dix ans. Ces faits sont donc encourageants et, quelle que soit la gravité d'une intervention, s'il nous est prouvé que la cure radicale peut être au bout, mieux vaut encore courir cet aléa que de se résigner au sort misérable qui attend les cancers du rectum livrés à eux-mêmes.

M. Chaput. — J'ai aussi un malade guéri depuis six ans d'un cancer du rectum.

Présentations d'instruments.

Un nouveau compresseur intestinal.

M. Chaput. — Les procédés de compression de l'intestin peuvent se ranger sous trois chefs :

1° Les ligatures ;

2° Les pinces ;

3° Les compresseurs proprement dits.

Les ligatures à la soie, à la gaze iodoformée ou au caoutchouc ont deux inconvénients : ordinairement elles ne compriment pas suffisamment pour empêcher la filtration des matières liquides, surtout dans les cas d'occlusion ou de hernie gangrenée. Pour obtenir une coprostase suffisante dans ces conditions, il faudrait une compression excessive qui compromettrait avec la vitalité de l'intestin la réunion des sutures.

Les pinces compresseurs sont longues et encombrantes ; en outre, elles entraînent par leur poids l'intestin et le font basculer ; cela devient très gênant quand on suture certaines régions de l'organe.

Les compresseurs proprement dits comme ceux de Rydygier sont satisfaisants et peu encombrants. J'ai modifié notablement et amélioré l'appareil de Rydygier qui se compose de deux baguettes

entre lesquelles on comprime l'intestin et qu'on lie à leurs deux extrémités.

L'instrument que je vous présente se compose de deux lames métalliques minces et flexibles réunies par une charnière.

Pour s'en servir, on met les deux lames dans le prolongement l'une de l'autre, on perfore avec l'une d'elles le mésentère et on



rabat l'autre par-dessus l'intestin. On coiffe alors les extrémités libres des deux lames d'un petit fragment du drain qui les maintient comme ferait une ligature.

Si l'intestin à comprimer était très épais, on diminuerait la compression en taillant un annelet de caoutchouc dans un drain d'un gros diamètre.

Il existe deux modèles de ce compresseur, l'un mesure 9 centimètres de longueur, il est destiné à l'intestin grêle ; l'autre mesure 12 centimètres, il est destiné au gros intestin.

En prenant la précaution de placer l'intestin au milieu de l'appareil on n'aura pas de tendance à la bascule comme avec les pinces compresseurs.

Mon appareil est plus simple, plus pratique et d'emploi plus facile et plus rapide que celui de Rydygier.

M. Rochard présente une pièce de grossesse extra-utérine.

M. Picqué est chargé d'un rapport.

M. Schwartz présente des photographies de Rœntgen.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Quénu.

Séance du 15 avril 1896.

Présidence de M. Ch. Anger.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

Communications.

I. — *Nouvelle méthode ou méthode abdomino-périnéale pour l'extirpation totale de l'anus, du rectum et, au besoin, de l'S iliaque cancéreux, avec colostomie iliaque.*

Par M. le Dr V. CHALOT, professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Toulouse.

I

Le 6 décembre 1895, après mûres réflexions et maints exercices d'amphithéâtre, j'ai pratiqué une opération absolument nouvelle, qui consistait à enlever par l'abdomen, puis par le périnée, sans résection osseuse préliminaire de l'anus, tout le rectum et l'anse oméga pour un cancer de l'anus et de l'ampoule rectale, cas où il était impossible d'utiliser le sphincter externe pour empêcher l'incontinence des matières fécales. La chirurgie connue mettait bien alors à ma disposition, pour la cure radicale, toute une série d'opérations, telles que l'extirpation pure et simple par la voie périnéo-sacrée, l'extirpation avec établissement d'un anus sacré, l'extirpation avec anus iliaque de dérivation temporaire ou définitif, l'extirpation avec torsion du bout central à la Gersuny, enfin l'extirpation avec anus fessier. Mais ces dernières ne donnent pas toujours ou risquent de ne pas donner l'occlusion désirée, et les autres laissent persister du côté du périnée, du côté du sacrum, une sécrétion incessante

de mucosités, un suintement stercoral, ou même une véritable incontinence de toutes les matières fécales, qui nécessitent des soins difficiles, des récipients incommodes et mal placés, notamment pour s'asseoir, comme j'ai eu l'occasion de l'observer sur plusieurs de mes opérés [1].

Toutes ces opérations sont, d'autre part, comme on sait, sérieusement sanglantes, j'entends en ce qui concerne l'exérèse de l'intestin. Enfin, elles ne permettent pas pendant leur exécution de se rendre un compte net de l'étendue du néoplasme, de l'envahissement ganglionnaire, et d'agir en conséquence.

C'est pour ces trois ordres de considérations, surtout pour les deux premiers, que j'ai résolu chez mon malade, et en vue de tous les cas analogues (cancer ano-rectal, cancer ano-recto-sigmoïde) : 1° *de faire d'emblée par le péritoine l'hémostase des vaisseaux hémorroïdaux supérieurs et, si besoin est, des vaisseaux coliques inférieurs et même moyens, ce qui permet d'opérer vite et pour ainsi dire à sec ;* 2° *d'établir un anus iliaque permanent, position beaucoup moins pénible pour les soins, pour le port d'un récipient, pour les diverses attitudes du corps ;* 3° *de supprimer séance tenante, partie par l'abdomen, partie par le périnée, sans toucher au squelette, toute la portion d'intestin sous-jacent à cet anus.*

Malheureusement, j'ai perdu mon opéré ; et c'est pour ce motif que j'ai tardé pendant quatre mois à présenter à cette illustre Compagnie ma méthode d'exérèse abdomino-périnéale, espérant avoir une occasion de l'appliquer de nouveau et avec succès. Cette occasion n'est pas venue ; et il est probable que j'aurais attendu encore sans le rapport que M. Quénu vous a présenté, il y a une vingtaine de jours, sur un travail de M. Gaudier (de Lille), intitulé : *Traitement du cancer du rectum par un nouveau procédé opératoire*, qu'il nomme également *procédé abdomino-périnéal.*

D'après le compte rendu de la *Semaine médicale* (p. 133), je vois que M. Gaudier a pratiqué sur le vivant (j'ignore à quelle date) l'extirpation d'un rectum cancéreux d'abord par l'abdomen, puis par le périnée ; qu'il n'a point touché au sacro-coccyx, et qu'il a établi un anus iliaque avec le bout supérieur de l'intestin. C'est là au fond exactement, — je m'empresse de le reconnaître, — ce que j'ai fait moi-même chez mon malade, et je suis heureux de cette coïncidence. Mais je ne sais pas si M. Gaudier a réglé l'hémostase de manière à la rendre sûre, facile et parfaite, comme je vais le

[1] C'est ainsi qu'un malade, auquel j'ai réséqué 22 centimètres d'intestin il y a trois ans, pour cancer ano-rectal très élevé, est fort mécontent de son anus sacré. D'autres auxquels j'ai fait, avant ou après l'extirpation, des anus iliaques se plaignent d'être constamment souillées par les plaies ou même une partie des excrétions. Dans les deux cas, il reste un bout d'intestin à supprimer.

montrer tout à l'heure en donnant ma technique personnelle. Je prouve, en outre, par mon observation, qu'on peut pousser l'exérèse beaucoup plus loin, puisque j'ai excisé le double et gros intestin.

II

Observation. — *Extirpation totale de l'anus, du rectum et de l'S iliaque par l'abdomen et le périnée ; côlostomie iliaque. Mort d'anurie.*

Il s'agit d'un homme de 67 ans, J. B..., domicilié à Toulouse, qui est entré dans mon service le 4 décembre 1895, pour un cancer annulaire ulcéré de l'ampoule rectale, propagé à la moitié gauche de l'anus, et faisant une saillie extérieure de 2 centimètres. L'index atteint difficilement la limite supérieure du néoplasme à 8 centimètres de profondeur en avant, à 6 centimètres et demi en arrière. Hémorrhagies fréquentes. Anémie considérable.

Opération le 6 décembre, avec l'assistance de mon interne, M. Lestrade, et de mes externes, MM. Perrin, Pons et Segond. Anesthésie à l'éther.

1° *Cœliotomie abdominale sur un plan incliné.* — Incision oblique de la paroi abdominale, commençant à 2 centimètres au-dessus de l'épine pubienne gauche et allant en haut et en dehors jusqu'à 4 centimètres en dedans et 3 centimètres au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche ; chemin faisant, section entre ligature des vaisseaux épigastriques.

Section entre ligature des vaisseaux hémorrhoïdaux supérieurs à l'union de la 4e et de la 5e vertèbres lombaires, d'après le manuel qui est décrit plus loin. Section analogue et centrale des vaisseaux coliques inférieurs. Attraction de l'anse segmoïde et section entre ligatures de son extrémité supérieure : le bout central est ramené vers l'angle supérieur de la plaie abdominale pour servir à l'anus iliaque projeté ; le bout inférieur est rapidement détaché de son méso à coups de ciseaux, de l'abdomen jusque dans l'excavation pelvienne. Inutile de dire que les deux bouts de l'intestin ont été désinfectés au chlorure de zinc et au thermo, puis recouverts d'un manchon de gaze iodoformée. Seulement, comme le bout inférieur me paraît trop long pour être plus tard entraîné par la filière sacrée, j'en excise une bonne partie, et j'invagine par suture le bout rectal qui reste afin de mieux éviter l'infection du péritoine pelvien. J'ai reconnu, depuis, que ces précautions sont parfaitement inutiles et ne font qu'allonger l'opération.

Je pousse sans peine l'isolement du bout rectal jusque derrière la prostate en sectionnant avec de longs ciseaux droits, sur les côtés et en avant, le péritoine pelvien, l'aponévrose pelvienne et les attaches solides des releveurs de l'anus. Pendant toutes ces manœuvres, le bassin est resté parfaitement à nu et au net : aucune ligature ni forcipressure.

Je ferme la plaie abdominale par trois étages de suture, et établis un anus à la partie supérieure avec le bout déjà réservé.

Durée de cette première partie de l'opération : une heure. Perte de sang : à peine 60 grammes.

2° *Ablation du rectum par le périnée.* — Le malade est alors placé sur une table voisine, en position de la taille, bassin élevé. Je trace autour de l'anus une incision circulaire, et j'y ajoute en arrière une incision droite qui suit la ligne médiane jusqu'au coccyx. L'index gauche dans le rectum, je commence à libérer l'anus circulairement au moyen de ciseaux droits forts ; quantité de sang insignifiante. Dès que j'ai eu divisé les attaches ano-coccygiennes, le raphé ano-bulbaire et les muscles transverses du périnée, je fais saisir l'extrémité inférieure du cylindre intestinal avec deux érignes bisautées. L'index gauche toujours dans le rectum, je termine sa dissection en me servant tantôt de l'index droit, tantôt des ciseaux ; puis j'amène au dehors tout l'intestin. Le seul incident à noter pendant les manœuvres d'isolement est l'ouverture de la paroi inférieure de l'urètre au-devant du bec de la prostate pendant que je cherchais à m'éloigner de la paroi antérieure *infiltrée et dense* du rectum, densité telle qu'il était très difficile de distinguer les limites de la prostate.

Le tunnel ainsi créé, à part deux petits jets artériels aussitôt réprimés par la forcipressure, ne donne qu'un léger suintement veineux. Après avoir mis une sonde à demeure dans la vessie, je la garnis simplement de bandelettes de gaze iodoformée comme après l'hystérectomie vaginale. Durée de cette seconde partie de l'opération : un quart d'heure. Perte de sang : au plus 100 grammes. Point de shock.

Longueur de l'intestin réséqué : 37 centimètres.

Le malade n'a pas eu de fièvre et n'a presque pas souffert après l'opération ; mais il a à peine rendu 10 grammes d'une urine trouble dans les vingt-quatre heures. Le lendemain au soir, il s'est d'abord plaint de mal de tête ; puis il est tombé en état de somnolence, et s'est éteint doucement, sans délire, sans convulsions, vers les 6 heures.

A l'autopsie, pas de péritonite, ni d'hémorrhagie intrapelvienne. Cystite ancienne ; cirrhose atrophique des reins. Uretères entièrement libres.

La mort me paraît attribuable à l'état des reins, à l'anurie. L'iodoforme y est-il aussi pour quelque part ? Je ne saurais l'affirmer.

III

Passons maintenant à la technique définitive que je propose pour le cancer ano-rectal, après avoir toutefois exposé les *données anatomiques* qui doivent, selon moi, nous guider pour l'*hémostase préliminaire* dans l'exérèse abdomino-périnéale du rectum et, au besoin, de l'anse sigmoïde. Je les ai établies d'après une série d'études sur le cadavre ; vous pouvez les contrôler sur le dessin que j'ai l'honneur de vous présenter.

Données anatomiques. — Le rectum n'a, à proprement parler, qu'une artère : l'*hémorrhoïdale supérieure*, laquelle irrigue toute sa

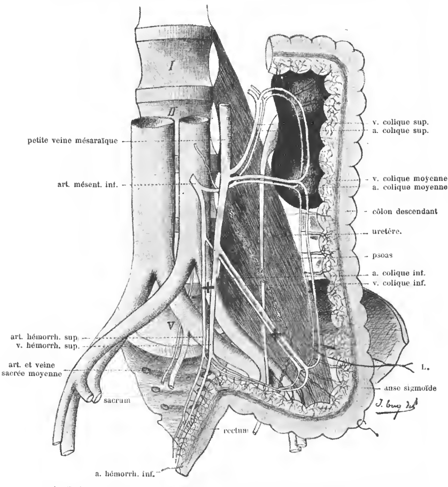
hauteur, plus la moitié supérieure de l'anse sigmoïde. Cette artère est la véritable terminaison de l'artère mésentérique inférieure, et devient absolument distincte à 3 ou 4 centimètres environ de l'origine de cette dernière. Couchée d'abord sur la face antérieure et gauche de l'aorte, elle croise plus bas l'origine de l'artère iliaque primitive gauche, un peu plus bas la veine iliaque primitive gauche, et plonge alors verticalement dans le petit bassin pour se placer entre les deux feuillets du mésorectum, y former derrière le rectum une longue arcade à convexité antérieure et gauche, enfin se bifurquer très bas derrière la prostate ou vers le fond du Douglas en deux branches terminales qui s'appliquent aux côtés droit et gauche du rectum et vont, enfin, s'anastomoser avec les *artères hémorrhoïdales inférieures*, petites artères propres à l'anus ; les artères dites hémorrhoïdales moyennes n'ont qu'une minime importance pratique, on peut les négliger.

Dans tout le trajet compris entre sa naissance et le promontoire, l'artère hémorrhoïdale supérieure est *rectiligne*, et elle s'y trouve placée *constamment* un peu à gauche de la ligne médiane du rachis (5 à 10 mill.), *immédiatement* sous le mince feuillet du péritoine pariétal correspondant, *dans la graisse même* qui double ce feuillet, si bien que, si l'on n'y prend garde, quand on a fendu verticalement la séreuse, l'artère est décollée avec la lèvre gauche de l'incision et qu'on tombe *directement* sur l'aorte et les vaisseaux iliaques primitifs gauches ; d'où fausse manœuvre.

Son calibre est de 2^{mm},5 à 3 millimètres. Dans tout le trajet précité, elle est escortée *à gauche par une seule veine satellite*, un peu plus volumineuse, qui lui est absolument parallèle et qui va ensuite montant verticalement à gauche les vertèhres lombaires sous le nom de *petite veine mésaraïque*. La veine hémorrhoïdale est ordinairement très visible par transparence sous la séreuse au bord interne de la gouttière que forment les vertèbres lombaires avec le psoas. L'uretère est placé immédiatement au-dessous et en dehors de cette veine au fond de la gouttière.

De ces notions topographiques, il résulte que *l'on peut lier les troncs hémorrhoïdaux supérieurs* (artère et veine), *d'une façon précise, au niveau du corps des 4e et 5e vertèbres lombaires*, et même au-dessous du promontoire. Comme points de repère j'indique : *le milieu du promontoire, la gouttière lombo-psoïque, la veine hémorrhoidale supérieure*, et j'ajouterai *la branche interne d'une espèce d'O veineux* vertical que forment au-devant et audessus du psoas les origines de la petite mésaraïque. En tout cas, *une ligne fictive verticale tirée à 5 ou 10 millimètres à gauche du promontoire est celle de l'artère hémorrhoïdale supérieure, veine à sa gauche*,

Si l'on veut enlever toute l'anse oméga, malade ou non[1] avec le rectum, il est facile d'ischémier d'un coup ces organes en poussant un peu plus haut la dénudation de l'artère hémorrhoïdale supérieure



+ Point d'élection pour la ligature des vaisseaux hémorrhoïdaux supérieurs.
=||= Point d'élection pour la ligature des vaisseaux coliques inférieurs.
L. Ligature de l'anse et de l'arcade vasculaire sous-jacente.

et en jetant les ligatures au-dessus de l'origine des vaisseaux coliques inférieurs. Je conviens, cependant, que pour l'anse oméga l'hémostase préliminaire de la mésentérique inférieure elle-même

[1] J'ai enlevé l'anse sigmoïde pour avoir un intestin bien tendre à la paroi abdominale et prévenir ainsi, autant que possible, le *prolapsus* qui se fait souvent après l'établissement d'un anus sur l'anse elle-même.

n'est pas indispensable ; comme cette anse se laisse facilement étaler, on peut se contenter de couper les vaisseaux coliques entre ligatures à la manière ordinaire.

Procédé chez l'homme. — Il est la copie à peu près exacte de celui que j'ai employé chez mon malade (5 temps) :

1er temps : *Cœliotomie abdominale.* — Après avoir préparé et désinfecté les intestins suivant les règles usuelles, l'abdomen et la région sacro-périnéale une fois largement désinfectés à leur tour, la vessie évacuée, mettre le malade sur le plan incliné sous un bon éclairage, et se placer du côté gauche. Inciser obliquement en ligne droite la paroi abdominale jusque dans le péritoine, en commençant à 2 centimètres au-dessus de l'épine gauche du pubis pour ménager le cordon spermatique, et en terminant à 4 centimètres environ en dedans et au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche ; chemin faisant, avant l'ouverture du péritoine, diviser entre ligatures les vaisseaux épigastriques qui croisent obliquement la partie inférieure de la plaie.

2e temps : *Ligature préliminaire des vaisseaux hémorrhoïdaux supérieurs.* — Reconnaître l'anse sigmoïde, sa portion intrapelvienne, ainsi que la limite supérieure du néoplasme puis, — pendant que la masse de l'intestin grêle est fortement refoulée en bas et à droite, ainsi que le mésentère, par les mains d'un aide, avec une large compresse de gaze, de telle sorte que la moitié inférieure du rachis lombaire soit bien mise à découvert, — reconnaître du doigt et de l'œil le promontoire, son point médian, la gouttière lombo-psoïque et, si possible, au bord interne de cette gouttière, contre les vertèbres, sous le péritoine pariétal, le cordon bleu foncé et vertical de la veine hémorrhoïdale supérieure. Inciser légèrement le péritoine sur pli transversal, *au niveau de l'union de la 4e et de la 5e vertèbre lombaire* (point d'élection), soit à droite de la veine hémorrhoïdale, si elle est visible (sujets maigres), soit, en cas contraire, à 5 ou 6 millimètres à gauche d'une ligne verticale qui passerait par le milieu du promontoire. Puis, sur la sonde cannelée insinuée doucement sous le péritoine à cause des gros vaisseaux sous-jacents, débrider la petite brèche de 2 centimètres environ en haut et en bas avec les ciseaux ou le bistouri. Disséquer le tissu graisseux sous-séreux avec le bec de la sonde dans le sens vertical : on ne tarde pas à reconnaître le cordon vertical de l'artère hémorrhoïdale supérieure, artère qui gît, je le répète, au milieu même de ce tissu graisseux. La veine satellite est à sa gauche. Si on ne les trouve pas et qu'on soit déjà arrivé sur les gros vaisseaux iliaques primitifs, c'est qu'on les a soulevées avec la lèvre gauche de l'incision, et c'est là sous le péritoine qu'on les trouve. Leur identité

établie (on ne peut pas les confondre avec d'autres vaisseaux), les lier isolément avec de la soie, et les couper entre ligatures ; enfin, fermer, si l'on veut, la petite plaie séreuse par quelques points de catgut.

3e TEMPS : *Libération de l'anse sigmoïde et de la plus longue partie possible de rectum et fermeture de l'abdomen.* — Étreindre la branche supérieure de l'anse sigmoïde, ainsi que l'arcade vasculaire sous-jacente, avec deux fortes ligatures de soie à 3 centimètres environ de distance réciproque ; la couper entre les ligatures, amener son bout central vers l'angle supérieur de la plaie abdominale où on la fixe provisoirement avec une épingle de sûreté après l'avoir capuchonnée de gaze iodoformée ; capuchonner de même son bout périphérique, puis le détacher rapidement de son méso à coups de ciseaux jusque dans l'excavation pelvienne. Couper de même les feuillets droit et gauche du mésorectum jusqu'à leur extrême limite ; puis décoller jusque près du coccyx avec l'index et une longue spatule courbe mousse la face postérieure du rectum, en rasant la face antérieure du sacrum. Avec les ciseaux encore, couper profondément en avant le péritoine, sur les côtés le péritoine, l'aponévrose pelvienne et les attaches des muscles releveurs de l'anus. Lorsque la partie postéro-supérieure de la prostate a été ainsi mise à nu, le travail de l'exérèse du côté de l'abdomen est terminé : on n'a plus qu'à énucléer les ganglions infiltrés, s'il en reste, et à fermer la plaie abdominale.

4e TEMPS : *Libération complémentaire du rectum par le périnée.* — Mettre le malade en position de la taille ; introduire pour guide une sonde ou cathéter ordinaire dans la vessie ; faire autour de l'anus une incision circulaire en ajoutant en arrière une incision médiane qui va jusqu'à la pointe du coccyx et, au besoin, jusque sur le sacrum ; libérer soit avec l'index droit soit avec les ciseaux la portion inférieure du gros intestin déjà séquestrée, enfin entraîner tout ce dernier au dehors à travers la filière périnéo-pelvienne. Celle-ci est simplement munie d'un tamponnement fait à la gaze iodoformée, comme nous le faisons journellement dans l'hystérectomie vaginale ouverte.

5e TEMPS : *Fixation définitive de l'anus abdominal.* — Chez la femme, les temps opératoires sont exactement les mêmes. L'opération est même plus facile, vu l'ampleur du bassin, l'absence de prostate et la présence d'un cul-de-sac recto-vaginal parfois très profond.

D'après le rapport qu'il vous a présenté dans la séance du 25 mars dernier, M. Quénu a étudié sur le cadavre l'extirpation du rectum commencée, au contraire par la voie sacrée et terminée par l'abdomen. Le succès clinique n'est pas certainement impossible,

mais je crois pour mon compte, qu'il y a peut-être moins de danger en évitant l'hémorrhagie osseuse de la méthode sacrée, en respectant les vaisseaux sacrés moyens, en attaquant *d'emblée le tronc* de l'arbre vasculaire du rectum, comme je le préconise, au lieu d'entamer cet arbre en quelque sorte, par ses rameaux terminaux. Les périls de l'infection du péritoine étant à peu près les mêmes dans les deux méthodes, c'est la perte de sang qui devient, à mon avis, la grosse question. L'expérience, en tout cas, décidera.

Discussion.

M. Quénu. — Je revendique pour M. Gaudier la priorité de l'extirpation abdomino-périnéale du rectum, la communication de M. Gaudier remonte au mois d'octobre 1895. Quant à la critique de M. Chalot sur les modifications que j'ai apportées à l'opération de M. Gaudier, je lui répondrai que le temps sacré avec l'incision de Heinecke ne donne lieu à aucune perte de sang, j'en ai fait l'expérience sur le vivant, la terminaison par le temps péritonéal diminue, quoi qu'en dise M. Chalot, les chances d'infection.

M. Chalot. — Je demande à la Société à qui revient la priorité d'une opération, à celui qui l'a faite sur le vivant ou sur le cadavre?

M. Kirmisson. — La priorité se juge par la date de la publication d'un travail.

M. Quénu. — Il n'y a aucun doute pour moi. On peut soutenir qu'il y a une priorité de conception et une priorité d'exécution; la première appartient sans nul doute à celui qui a décrit le premier une opération, fût-ce sur le cadavre; d'ailleurs, l'opération de M. Gaudier sur le vivant est également antérieure à celle de M. Chalot, puisqu'elle a été pratiquée à la fin de novembre 1895.

II. — *La colostomie ou sigmoïdostomie périnéale par la voie combinée dans l'absence congénitale du rectum. Succès,*

Par M. le Dr V. CHALOT, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse.

Pour bien délimiter le cadre de mon sujet, ainsi que la sphère d'application de l'opération que je désirerais introduire dans la pratique courante, je déclare de suite que j'ai seulement en vue les cas d'imperforation rectale où, après l'incision ordinaire de recherche

qu'on fait à travers le périnée, selon les procédés d'Amussat-Gogrand, de Verneuil, de Vincent, etc., on n'arrive pas à trouver le cul-de-sac terminal du gros intestin. Ces cas sont à peu près aussi communs (40 à 45 0/0) que ceux où l'on réussit avec la seule périnéotomie. Leur traitement complémentaire a, par conséquent, une grande importance, et ce traitement, aujourd'hui encore, est loin de répondre à toute la perfection possible. Je crois qu'on peut faire mieux, au moins dans la grande majorité des cas.

I

Tous les auteurs, aussi bien à l'étranger qu'en France, recommandent invariablement d'ouvrir l'aine gauche et de faire un anus iliaque comme dernière ressource, toutes les fois qu'après des manœuvres plus ou moins compliquées, plus ou moins longues, on n'a pas eu la bonne fortune de tomber par le périnée sur le bout intestinal. On pare sans doute à l'indication urgente, vitale, en créant ainsi une issue immédiate aux matières fécales, mais au prix de quelle infirmité définitive, pas n'est besoin de le dire.

Aussi, lorsque naguère M, le Dr Chamayou, mon ancien chef de clinique, a eu l'extrême obligeance de m'adresser une enfant affectée d'absence du rectum, me suis-je demandé, *après avoir tenté en vain la voie périnéale, s'il n'était pas préférable de pratiquer, séance tenante, une laparotomie exploratrice et d'abaisser le bout du gros intestin à travers le plancher pelvien jusqu'au siège normal de l'anus*.

J'ai mis immédiatement cette idée à exécution, ayant, du reste, et rappelant devant mes élèves le souvenir vague d'un chirurgien étranger qui avait jadis *proposé* semblable opération et dont j'avais oublié le nom. Je sais maintenant que ce chirurgien est le Dr Neil Macleod (de Shanghaï)[1]. Le succès a couronné mon entreprise, et, comme je vois dans cette opération une nouvelle ère thérapeutique, une conquête précieuse de notre art, je relaterai d'abord avec détail mon observation personnelle, parce qu'elle peut servir de paradigme technique à l'avenir; puis je vous présenterai, pour mettre la question au point, les quelques documents historiques que j'ai pu réunir, le manuel opératoire qui me semble le meilleur, les indications qui me paraissent devoir être établies, les avantages incontestables de l'opération nouvelle, enfin, les conclusions auxquelles m'a conduit son étude complète.

Auparavant, un mot seulement sur l'appellation qui conviendrait

[1] N. Macleod, Case of imperforate rectum, with a suggestion for a new method of treatment (*Brit. med. Journ.*, 23 octobre 1880, p. 657).

le mieux à l'opération. Aucun de ceux qui l'ont conseillée ou pratiquée jusqu'à ce jour ne lui a donné un nom particulier. De quoi s'agit-il au fond? D'une opération qui consiste à ouvrir le côlon iliopelvien (S iliaque, anse oméga ou anse sigmoïde), préalablement abaissé à la place du rectum, dans le périnée, pour former un anus normal, et qui s'exécute en partie par le périnée, en partie par la cavité abdominale. Ce sont là ses deux caractères fondamentaux. Ainsi s'explique la dénomination de *Colostomie ou sigmoïdostomie périnéale par la voie combinée*, qui constitue le titre même de ce travail et que je soumets à l'approbation de mes collègue.

II

Observation. — Le lundi matin, 17 février 1896, sur les instances de M. le Dr Chamayou, chef de clinique infantile en notre Faculté, deux femmes portaient dans une salle d'opération une fillette âgée de 6 jours, Jeanne Lagoutte, dont la mère habite Toulouse même, rue Aragon, n° 1. Cette enfant urinait normalement, mais elle n'avait pas rendu depuis sa naissance la moindre quantité de méconium.

Quoique née à terme, elle ne pèse guère plus de 2kg,500 ; ses traits sont ridés, vieillots, ses yeux presque éteints, ses membres grêles et peu actifs, son cri faible et rare ; en un mot, elle présente tous les signes d'une athrepsie des plus prononcées. Quelques vomissements glaireux depuis deux jours. Ventre ovoïde, tendu, ballonné surtout dans sa moitié supérieure. Vulve normale ; l'urine qui s'écoule par le méat est tout à fait claire, sans trace de méconium. A 1 centimètre et demi derrière la commissure postérieure de la vulve, l'anus est indiqué (*fig.* 1) par un léger bourrelet circulaire et froncé, et, au centre de ce bourrelet, par un cul-de-sac conoïde, tapissé de peau, long de 1 centimètre et parfaitement clos à son sommet. Quand on touche ce bourrelet, il semble animé de petits mouvements de contriction qui décèleraient la présence d'un sphincter. Aucun bombement spécial au périnée pendants les cris ou efforts que peut faire l'enfant. Une sonde cannelée introduite dans le vagin m'apprend que ce canal est très long et surtout large ; mais elle ne ramène aucune trace de méconium, et, promenée le long de la paroi postérieure, elle n'indique aucun abouchement anormal, aucune saillie du rectum.

Le diagnostic d'*imperforation du rectum* s'impose, et il faut opérer de suite. Mais comme j'ignore la *hauteur* de l'imperforation et qu'une laparotomie peut devenir nécessaire, je fais pratiquer l'asepsie non seulement de toute la région périnéo-sacrée, mais aussi de la paroi abdominale. Anesthésie à l'éther.

1° *Périnéotomie.* — L'enfant étant tenue en position sacro-dorsale, bassin relevé sur un petit coussin au bord de la table, je fais une incision médiane qui va de la fourchette jusqu'au sacrum en passant par le centre du cul-de-sac ; je mets à nu la face postérieure du coccyx en décollant les téguments à droite et à gauche. Puis, me guidant sur

l'index gauche qui est introduit dans le vagin jusqu'au col utérin et qui y manœuvre facilement vu sa grande ampleur, j'approfondis méthodiquement l'incision, toujours en même sens et surtout dans la concavité du sacrum ; le coccyx est dénudé, chemin faisant, sur les côtés et en avant, puis récliné en arrière. Arrivé un peu au-dessus du

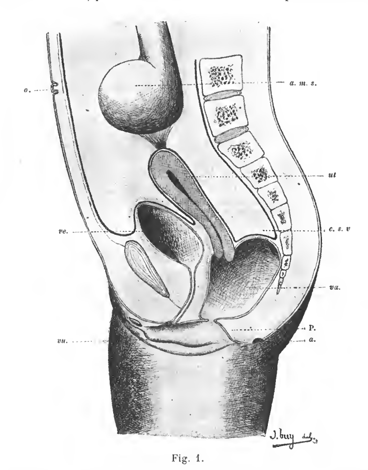


Fig. 1.

P., périnée ; *an.*, anus rudimentaire ; *va.*, vagin ; *ut.*, utérus ; *ve.*, vessie ; *a. m. s.*, ampoule sigmoïde placée là pour la démonstration, mais en réalité inaccessible à la vue et au toucher par en bas ; *vu.*, vulve ; *c. s. v.*, cul-de-sac séreux sacro-vaginal ; o., ombilic.

sommet du sacrum, au fond de l'entonnoir cruenté, je constate que le bout de mon index gauche n'est séparé du sacrum que par la paroi du forinx postérieur du vagin, et je ne trouve là, soit sous les efforts de l'enfant qu'on laisse se révciller un peu, soit sous la pression manuelle de l'hypogastre, aucune saillie rénitcnte ou fluctuante qui indique la proximité de l'ampoule rectale. Devant ce résultat négatif,

— pour ne pas errer au hasard et pour avoir une solution rapide, nette, sûre, ainsi que j'en avais envisagé la nécessité éventuelle, — je me décide à faire une laparatomie exploratrice, non pas médiane, mais *oblique latérale*, c'est-à-dire pouvant servir à *deux fins* suivant les données de l'exploration : à *l'opération nouvelle* ou à l'anus de Littre traditionnel.

2° *Laparotomie.* — La plaie périnéale ayant été bourrée de gaze iodoformée, — les jambes étendues et le bassin maintenu sur le coussin comme pour avoir un petit plan incliné, — je fais sur la partie inférieure gauche du bas-ventre une incision de 5 centimètres, qui com-

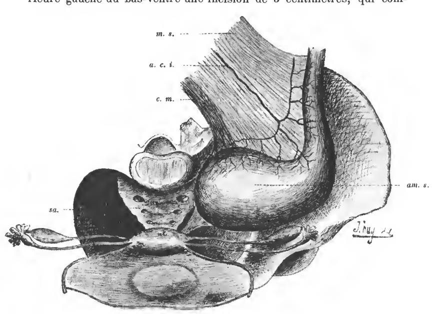


Fig. 2.

am. s., ampoule sigmoïde; *ut.*, utérus et annexes; *sa.*, sacrum; *a. c. i.*, artère colique inférieure; *c. m.*, corde méso-colique; *m. s.* méso-sigmoïde.

mence à un doigt au-dessus de l'épine gauche du pubis et monte en ligne courbe jusqu'à 2 centimètres en dedans et au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure du même côté ; cette incision est rapidement approfondie jusque dans la cavité péritonéale, et les vaisseaux épigastriques coupés, chemin faisant, entre deux pinces à forcipressure. Quelques anses d'intestin grêle, blanches, lisses, du volume du petit doigt, tendent à sortir par la plaie ; on les réduit et maintient facilement au moyen d'une compresse de gaze. En examinant la fosse iliaque, je trouve d'abord la trompe et l'ovaire gauche (*fig.* 2) tout petits, derrière l'anneau inguinal interne ; puis, leur faisant suite du côté de la ligne médiane, et dépassant le bord supérieur de la symphyse pubienne, apparaît le corps grêle de l'utérus, parfaitement lisse et reconnaissable.

Derrière les annexes gauches, dans la fosse iliaque gauche, sur le bord interne du psoas, je découvre sans peine une ampoule rougeâtre, molle, fluctuante, longue de 10 centimètres environ, pyriforme, dont la grosse extrémité, parfaitement lisse, mobile, tournée en bas et en avant vers l'insertion de la trompe gauche, a le volume d'un gros œuf de poule, et dont l'autre extrémité, dirigée en haut et en arrière, parcourue sur sa face antérieure par une bandelette striée longitudinale blanche rosée sans appendice graisseux, a le volume d'abord du pouce, puis du médium, puis de l'index et va se continuer nettement avec le côlon descendant. Cette ampoule est arquée comme la partie moyenne (qu'elle représente d'ailleurs) d'une anse oméga normale et flotte en quelque sorte sur un méso parfait qui affecte la forme d'un petit éventail ; le méso, toutefois, n'existe pas sur la partie inférieure ou arrondie de l'ampoule, partie qui serait entièrement libre si son fond n'était rattaché par un court cordon cellulo-vasculaire au flanc gauche de l'utérus en arrière et au-dessous de la trompe. Entre l'utérus et le sacrum, l'excavation pelvienne est libre, mais très peu spacieuse ; au fond, le péritoine se réfléchit directement du sacrum sur le forinx postérieur du vagin, puis sur la face postérieure de l'utérus ; il est seul à séparer l'excavation pelvienne d'avec le sommet de la plaie périnéale déjà faite. On peut évaluer à 5 centimètres la distance qui sépare à son tour ce cul-de-sac séreux (sacro-vaginal) d'avec l'ampoule colique.

Au lieu de me contenter d'un anus iliaque, je poursuis mon idée de transplanter l'ampoule à la base de la plaie périnéale. Pour cela, je commence par la mobiliser en coupant entre ligatures son point d'attache juxta-utérin, puis une sorte de bride fibreuse, blanchâtre, très tendue, grosse comme une plume d'oie, qui occupe le bord inférieur libre du mésocôlon iliaque : la forme arquée de l'ampoule disparaît aussitôt. Avec le bout de l'index droit, — pendant qu'un aide écarte fortement la lèvre droite de la plaie abdominale, — en rasant la face antérieure du sacrum, — je perfore le cul-de-sac séreux sacro-vaginal (*fig.* 1) et, tout aussitôt, je vois apparaître mon doigt au sommet de la plaie périnéale au devant du coccyx. Le chemin de l'ampoule étant ainsi tracé, — comme cette ampoule est trop grosse pour passer à travers le plancher pelvien, — je l'attire en dehors de l'abdomen et l'évacue avec les précautions nécessaires d'un coup de ciseau donné à son fond : il s'écoule 150 grammes environ d'un méconium épais, brun verdâtre, très fétide. Je ferme la petite brèche par une ligature de soie forte, dont les deux chefs sont conservés, et l'aseptise soigneusement au moyen du thermo. J'engage les deux chefs de ladite ligature dans le chas d'une aiguille de Deschamps ; celle-ci, à son tour, est conduite par la cavité pelvienne le long de la face antérieure du sacrum jusque dans la trouée rétro-vaginale du cul-de-sac péritonéal, puis dans la plaie périnéale, pendant que le bout de l'index gauche introduit de bas en haut dans cette dernière, sert à orienter l'aiguille de Deschamps au devant du coccyx : manœuvre rapide et des plus faciles. Je saisis en bas les chefs, retire l'aiguille de Deschamps, et, tirant sur les fils, je fais descendre dans le nouveau trajet l'ampoule colique, maintenant

affaissée et devenue une sorte de bande. La partie de côlon ainsi mobilisée pour être le futur rectum est dépourvue inférieurement de méso sur une longueur de 5 centimètres. Abandonnée à elle-même dans la plaie périnéale, elle n'a aucune tendance à remonter ; je suis même obligé de la faire rentrer quelque peu pour n'en pas laisser hors la plaie une saillie excessive.

Je ferme entièrement la plaie abdominale par trois étages de sutures, liant chemin faisant les bouts des vaisseaux épigastriques. Pansement iodoformé. Bandage du corps.

3° *Fermeture de la plaie périnéale et abouchement du côlon.* — Après avoir placé l'extrémité du côlon iliaque de telle sorte que son milieu corresponde exactement au milieu entre les deux moitiés de l'anus

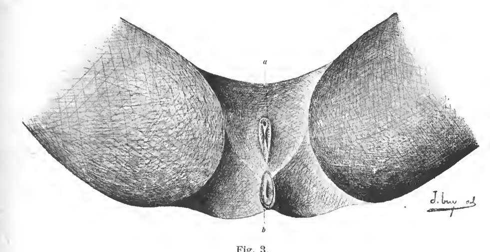


Fig. 3.

a, vulve; *b*, anus formé avec son bourrelet circulaire.

divisé, je la fixe à la peau des deux côtés par une série de points au crin de florence. Je ferme derrière l'extrémité colique la partie de plaie périnéale qui se prolonge sur le dos du coccyx. Je ferme ensuite la partie de cette plaie qui s'étend de l'anus jusque dans l'entrée du vagin, reconstituant ainsi le périnée et la fourchette sur une hauteur de 1 centimètre. Enfin, j'achève la fixation de l'intestin en avant et en arrière par quelques autres crins, et je supprime la ligature qui fermait jusqu'à présent son extrémité libre afin de laisser ouvert le nouvel anus. Pansement iodoformé, que je maintiens par deux bandes croisées, épinglées en avant et en arrière au bandage de corps.

Durée des deux opérations ensemble, y compris les sutures : une heure seulement. Perte de sang : à peine 20 grammes. La quantité d'éther employée a été des plus minimes.

Suites opératoires. — Premier pansement le 20 février. Depuis l'opération, l'enfant a bien pris le sein ; elle a dormi ; un seul vomissement,

le soir même de l'opération. Le pansement est trouvé souillé de matières fécales abondantes. Plaies en bon état. Le ventre n'est plus distendu. Pas de fièvre.

Autres pansements le 24 février (levée des points de suture abdominaux), 27 février (levée des points ano-périnéaux), 1er mars, 4 mars, 7 mars, 11 mars (petit abcès sous-cutané d'élimination de soie, du côté de la cicatrice abdominale).

Aujourd'hui, 13 avril, mon opérée jouit d'une santé superbe ; elle est fraîche, potelée, très vivace. Cicatrice abdominale parfaite.

État général toujours meilleur, et chaque fois pansement abondamment souillé de fèces jaunes). L'anus (*fig.* 3) laisse passer le bout du petit doigt sans donner encore une sensation bien appréciable de contraction et est entouré en ellipse par un bourrelet muqueux rouge vif : il mesure 2 centimètres 1/3 dans le sens sagittal et 1 centimètre 1/4 dans le sens transversal ; sa commissure postérieure est à 1 demi-centimètre au devant de la pointe du coccyx ; sa commissure antérieure à 8 millimètres en arrière de la fourchette. L'observation ultérieure nous apprendra si la continence des matières a été obtenue par l'opération.

III

Après avoir conçu et exécuté l'opération que je viens de décrire, je tenais naturellement à savoir ce qu'on pouvait avoir écrit ou fait avant moi dans le même sens. C'est bien Macleod — il n'est que juste de le rappeler, — qui a le premier *proposé*, dès 1880, vu les dangers et les inconvénients de l'anus de Littre, d'amener le bout intestinal par l'abdomen au centre de la plaie périnéale qui a été *préalablement* faite, mais sans succès, pour la recherche de ce bout. Voici, du reste, la reproduction textuelle de son manuel opératoire :

« Quand on a fait l'opération ano-périnéale sans trouver l'intestin, pratiquer sur la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic, une incision de longueur convenable. Introduire l'index gauche dans la cavité abdominale, examiner le côlon descendant et le rectum pour établir le siège et les rapports du cul-de-sac supérieur, puis passer le même doigt dans le bassin en bas sur la ligne médiane (derrière l'utérus chez la fille, derrière la vessie chez le garçon), et presser avec le bout du doigt sur le plancher pelvien. Inciser sur le bout du doigt comme guide, ouvrant ainsi la cavité péritonéale de bas en haut. Introduire l'index droit par le périnée ; puis, guidé et aidé par le gauche, passer l'index droit autour de l'intestin et l'amener en bas, à travers la plaie périnéale. Suturer la plaie abdominale et coudre l'intestin au périnée. Si le mésentère empêche le côlon de descendre, le diviser entre ligatures. »

Evidemment, celui qui a eu l'occasion d'exécuter l'opération ne

peut s'empêcher de reconnaître que le procédé théoriquement édifié par Macleod présente de sérieux défauts et quelques lacunes importantes ; mais l'idée maîtresse, l'idée neuve et féconde, n'en subsiste pas moins.

La proposition de Macleod n'a malheureusement trouvé guère d'écho, malgré les progrès ultérieurs énormes et si rapides de la chirurgie antiseptique et, notamment, de la chirurgie abdominale. Presque partout on a continué et l'on continue encore à faire des anus iliaques, voire même loculaires, dans tous les cas dont je traite en ce moment. Il faut arriver à l'année 1888 pour trouver la première application de la colostomie périnéale *par laparotomie ;* c'est à Hadra (de Berlin) [1] que nous la devons.

Ce chirurgien opérait un garçon de vingt-quatre jours affecté d'*atresia ani vesicales.* Il ne pouvait atteindre l'intestin, bien qu'il eût poussé l'incision méthodique du périnée jusqu'à une profondeur de 5 à 6 centimètres et qu'il eût ensuite essayé (à la Stromeyer) de perforer le péritoine pelvien de bas en haut avec le doigt ; le péritoine se laissait *décoller*, mais *pas ouvrir*. Il fit alors l'incision de l'abdomen comme pour une colostomie gauche, reconnut l'ampoule intestinale, perfora le péritoine pelvien de haut en bas avec une pince, puis attira l'ampoule, préalablement libérée, dans la plaie périnéale et l'y fixa à la manière ordinaire. Les suites opératoires étaien absolument bonnes, lorsque le petit malade mourut subitement le quatrième jour, *suffoqué par une trop grosse gorgée de lait.*

La colostomie périnéale n'a été pratiquée de nouveau que quelques années après et, cette fois, en France, à l'hôpital Trousseau, par V. Delagénière (de Tours) et Civel (de Brest). Je me plais à constater que, dans la très intéressante communication qu'il a portée sur ce sujet devant le Congrès de chirurgie, V. Delagénière [2] est jusqu'à ce jour le chirurgien qui a le plus nettement formulé et cherché à faire valoir l'opération nouvelle. L'enfant de deux jours, déjà périnéotonisé sans succès et auquel il a fait par l'abdomen la colostomie périnéale (21 juillet 1891), a sans doute succombé le neuvième jour, mais il est mort d'une *congestion généralisée des poumons*, ainsi qu'on l'a vérifié à l'autopsie. « La guérison était complète au point de vue opératoire. »

Il n'existe, à ma connaissance du moins, qu'un troisième cas de

[1] HADRA, Demonstration einer Präparater von Atresia ani vesicalis und Bemerk. über ein nenes operations verfahren für schwierge fälle (*Berl. med. Gesellsch.*, 21 novembre 1888; *Berl. klin. Woch.*, 10 décembre 1888, n° 50, p. 1018).

[2] V. DELAGÉNIÈRE, Absence congénitale du rectum. Nouveau procédé d'intervention *Congrès français de chirurgie*, 1893, p. 534).

colostomie périnéale ; il appartient à Kehrer (de Heidelberg) [1]. Mais ce gynécologue n'a ouvert l'abdomen que parce qu'il n'avait pu amener le bout rectal au périnée par son procédé *d'incision parasacrée* aidé de la résection du coccyx. Il n'insiste nullement sur la véritable portée pratique de la colostomie combinée et, malgré l'échec de son procédé, il n'en continue pas moins à recommander ce dernier. Il a fait la laparotomie médiane sous-ombilicale. « La vessie et les intestins se précipitèrent fortement en avant. La vessie empêchait l'accès de la cavité pelvienne, et c'est seulement après avoir sectionné l'ouraque entre deux ligatures qu'on put déplacer ce viscère au dehors. En inspectant la cavité abdominale, on constata une dilatation notable, avec épaississement du côlon descendant, surtout de la flexure sigmoïde. Le rectum plongeait dans la cavité pelvienne; on l'amena en position de Scins, à travers la grande échancrure sciatique dans la plaie périnéo-coccygienne et l'on sutura son extrémité à la place du coccyx ». Le petit opéré est mort de *marasme* dix-huit jours après cette protoplastie.

Tel serait, en somme, avant mon opération, tout le bilan de la colostomie périnéale combinée : trois opérations, trois morts. Mais il faut ajouter et savoir que le *dénouement fatal n'est dans aucun cas imputable à la laparotomie elle-même*, fait qui ne doit plus, du reste, nous étonner, puisque ces interventions appartiennent à notre ère antiseptique.

D'autre part, tandis que la colostomie combinée s'édifiait ainsi laborieusement et à de trop rares intervalles sur l'expérience clinique, il s'est trouvé quelques chirurgiens qui, frappés comme Macleod, des difficultés ou impossibilités de la méthode périnéale pure, ont recommandé aussi cette nouvelle opération pour les cas où, après une périnéotomie plus ou moins profonde et étendue, il est impossible de trouver le bout intestinal ou de le faire descendre à fleur de peau. Je puis citer Auders (de Saint-Pétersbourg) [2], Widenham Maunsell [3], et surtout Frœlig (de Nancy) [4]. « Dans un cas d'atrésie rectale, conclut ce dernier, on ne doit avoir qu'un seul but : rétablir l'état normal par la rectoplastie, dût-on pour cela perforer les culs-de-sac péritonéaux ou pratiquer la laparotomie. Malgré la gravité de ces interventions, les petits

[1] KEHRER, Herstellung einer Anus præterdaturalis Coccygem bei atresia recti congenita (*Berl. klin. Woch.*, 1894, n° 33, p. 751).

[2] AUDERS, Ueber das op. Verfaren bei congenitaler analer und rectaler Atresie (*Langenbuk's Arch.*, 1893, Bd XLV, p. 489).

[3] W. MAUNSELL, *Brit. med. Journ.*, 27 aug. 1892, p. 475).

[4] FRŒLICH, De l'imperforation ano-rectale. Restauration du rectum dans tous les cas (*Gaz. hebd.*, 1894, n° 31, p. 375).

malades peuvent guérir, et guérir radicalement, tandis qu'avec une intervention moins hardie, alors même qu'elle leur conserverait l'existence, ce qui n'est pas dans l'immense majorité des cas, on n'en fera jamais des êtres capables de prendre part à la vie sociale. » Enfin, Durand (de Lyon) [1], dans une intéressante *Revue sur le traitement des malformations ano-rectales,* considère à son tour l'opération de V. Delagénière « comme un moyen de plus ajouté à ceux déjà nombreux dont était armé le chirurgien. »

IV

Au point de vue technique, il y a, selon moi, une *première* règle pratique à observer dans le cas d'atrésie rectale ou ano-rectale : c'est d'inciser généreusement le périnée, depuis la rainure des bourses ou l'entrée du vagin *jusqu'au delà du coccyx*, de réséquer ou simplement récliner ce dernier après l'avoir mis à nu, d'approfondir régulièrement peu à peu l'incision périnéale en restant toujours sur le plan médian et en se dirigeant vers la concavité du sacrum, pendant que l'index gauche dans le vagin ou une sonde dans la vessie sert de guide. Si l'œil, si le bout de l'index droit glissé devant la partie inférieure du sacrum, si l'issue accidentelle de méconium, à une profondeur de 4 centimètres environ, ne révèlent pas la présence de l'ampoule rectale, je suis d'avis qu'on doit arrêter là sa recherche par le périnée, sans perdre du temps et du sang en maints tâtonnements.

Je sais bien qu'on peut encore parfois arriver à trouver l'ampoule avec de l'habileté et de la patience, soit en perforant le cul-de-sac (sacro-vaginal ou sacro-vésical) d'après le procédé de Stromeyer, témoins les trois succès de Leisrink, d'Audern, de Hadra, soit en pratiquant résolument la cœliotomie postérieure par l'incision parasacrée de Kehrer ou par la résection coccygo-sacrée de Fochier et Commandeur (de Lyon). Mais ces procédés ont aussi leurs échecs, ils exposent à des méprises (cas d'Audern) ; ils n'en constituent pas moins des manœuvres longues, laborieuses, plus ou moins épuisantes ; et, quand enfin on a trouvé l'ampoule, on peut se trouver dans l'impossibilité de la mobiliser et de l'amener à la peau du périnée pour l'y coudre (cas de Kherer, qui a dû précisément en venir à la cœliotomie abdominale) ; et si l'ampoule siège au-dessus du détroit supérieur, on a fait une opération compliquée inutile, peut-être même déjà fatale, pour se voir acculé à la cœliotomie abdominale ou au trop classique anus de Littre.

Ces considérations m'amènent à poser la *seconde* règle pratique

[1] DURAND, *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 1305.

qui est d'*ouvrir*, *séance tenante*, *l'abdomen lorsqu'on a*, *sans succès et sans grands dommages*, *recherché l'ampoule rectale par le périnée dans les limites que j'indiquais tout à l'heure.*

Procédé de l'auteur. — Après avoir suffisamment relevé le bassin au bord de la table, les jambes maintenues en extension, on fera la laparotomie, non sur la ligne médiane, mais au niveau de la fosse iliaque gauche, parce que c'est de ce côté qu'on trouve *presque toujours* l'ampoule terminale du gros intestin et que l'anus de Littre serait mieux placé si cet anus devenait une absolue nécessité. Je recommande spécialement une incision courbe comme celle que j'ai pratiquée chez ma petite malade ; elle commence à un doigt au-dessus de l'épine gauche du pubis et s'élève jusqu'au niveau de l'ombilic, en passant à un doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Chemin faisant, on coupera entre ligatures les vaisseaux épigastriques. Le péritoine ouvert, pendant qu'un aide maintiendra les anses de l'intestin grêle dans la cavité abdominale au moyen d'une compresse de gaze et qu'il écartera la lèvre droite de la plaie, on se portera sur le siège ordinaire de l'anse oméga et là on trouvera l'extrémité ampullaire du gros intestin, tantôt entièrement libre et flottante, tantôt fixée par un court pédicule cellulo-vasculaire ou une bandelette fibreuse soit à la face postérieure de l'utérus, soit sur le flanc gauche du promontoire ou ailleurs dans le voisinage, au-dessus ou au-dessous du détroit supérieur. On la reconnaîtra à sa distension, à son aspect charnu, à ses bandelettes striées longitudinales, à sa continuité avec le reste du côlon. Son identité établie, on la libérera en sectionnant, au besoin, son méso entre ligatures, de façon à obtenir une longueur de 6 à 7 centimètres environ, quelquefois davantage, suivant le siège plus ou moins élevé de l'ampoule (c'est la distance normale du promontoire à la pointe du coccyx chez le nouveau-né ; or, dans les cas d'atrésie avec rectat, comme l'avait fait remarquer déjà M. Bovenkarner, le bassin est peu développé). Si l'ampoule est remplie de pus, il faudra d'abord l'évacuer ; mais, ce faisant, on évitera de contaminer le péritoine en extériorant momentanément l'ampoule.

Rien de plus simple, maintenant, que de tracer la voie du nouveau rectum. Il suffira de porter l'index droit de haut en bas le long de la concavité du sacrum et de perforer le cul-de-sac séreux qui sépare la cavité pelvienne du sommet de la plaie périnéale déjà faite ; c'est ainsi que j'ai procédé et je dois déclarer que j'ai réussi en quelques secondes, sans la moindre difficulté. La perforation peut aussi se faire avec un instrument mousse courbe quelconque (sonde d'homme, pince, décolleur, etc.). L'index gauche passé par la plaie périnéale au devant du coccyx servira au contrôle.

On abaissera ensuite l'ampoule dans le nouveau trajet, soit au moyen d'une ligature et de l'aiguille de Deschamps, à mon exemple, soit avec une longue pince courbe qu'on aura introduite par le périnée.

Il ne restera plus qu'à fermer la plaie abdominale, à coudre le bout intestinal au siège normal de l'anus et à fermer le reste de la plaie périnéale.

V

La colostomie périnéale combinée a pour moi, comme on vient de le voir, son indication bien nette dans tous les cas où, après l'incision méthodique du périnée, complétée par la résection ou la simple réclinaison du coccyx, on n'a pu découvrir l'ampoule terminale du côlon. Je conviens qu'à la rigueur cette indication peut n'être pas aussi évidente, aussi impérieuse pour les chirurgiens qui resteront résolus à faire davantage par le périnée. Ils auront, sans doute, des succès, mais, comme l'expérience le démontre, ils auront aussi des échecs et ils seront alors bien obligés de recourir à la cœliotomie abdominale pour rechercher et abaisser le côlon, *puisque l'anus de Littre est désormais condamnable* comme opération systématique. Il en sera de même pour les cas où, après avoir trouvé et ouvert par le périnée l'ampoule terminale, on n'aura pu l'amener à la peau afin d'y créer un anus permanent à la manière d'Armusat ; car on sait qu'avec le temps le trajet intermédiaire se rétrécit de plus en plus, se fistulise, et que de nouveaux symptômes d'occlusion intestinale ne tardent guère à se manifester. Ainsi, d'une façon ou d'une autre, la colostomie périnéale combinée prend définitivement place comme opération radicale dans la cure de l'absence congénitale du rectum. Peut-être aussi pourra-t-on l'utiliser, à l'exemple de Hadra, dans certains abouchements anormaux du rectum haut placés.

VI

La colostomie combinée, telle que je l'ai exécutée et décrite, a plusieurs avantages des plus importants sur tous les procédés de *recherche à fond* de l'ampoule terminale par la voie périnéale seule : 1° Elle supprime toutes les difficultés, incertitudes et impossibilités de cette dernière ; 2° elle mène rapidement et sûrement au but qui est la création d'un anus permanent en son siège normal ; 3° elle est facile et non moins inoffensive, à la seule condition qu'on opère *proprement,* ce qui est aujourd'hui la règle générale et sera demain la règle absolue ; 4° elle affranchit, enfin, la moitié environ des petits opérés de cette affreuse infirmité défi-

nitive qu'est l'anus de Littre ; car les cas où il sera impossible de mobiliser le côlon jusque dans le périnée et où l'on sera forcé de terminer encore par un anus abdominal sont tout à fait exceptionnels, l'atrésie congénitale portant très rarement au delà du rectum ou de l'anse oméga.

VII

Voici mes conclusions :

1° Dans les cas d'imperforation rectale ou ano-rectale, il faut toujours chercher *d'abord* par le périnée l'ampoule terminale du gros intestin, en utilisant la résection ou la simple réclinaison du coccyx, ou en prolongeant l'incision sur un côté de ce dernier, à la manière de Vincent ;

2° Si l'on ne trouve pas d'ampoule après avoir poussé la diérèse jusqu'à une profondeur de 4 à 5 centimètres, il faut s'arrêter et aller ouvrir immédiatement l'abdomen, non sur la ligne blanche, mais au niveau de la fosse iliaque gauche, siège ordinaire de l'ampoule terminale; après l'avoir libérée et, au besoin, évacuée, on perforera de haut en bas, avec un instrument courbe mousse, ou mieux avec l'index, le cul-de-sac péritonéal devant le sommet du sacrum, et l'on amènera la terminaison intestinale à travers cette trouée jusqu'au centre du périnée pour en faire un anus normal ;

3° C'est *seulement* quand cette terminaison siégera trop haut pour être mobilisée vers le périnée, qu'on se résignera à faire l'anus à la paroi abdominale.

III. — *Traitement des luxations congénitales de la hanche,*

Par M. E. KIRMISSON.

Ce n'est pas la première fois que la Société de chirurgie s'occupe du traitement des luxations congénitales de la hanche par la méthode sanglante. Déjà, en 1893, j'ai fait ici-même un rapport sur une opération de cette nature qui vous avait été communiquée par M. le Dr Denucé (de Bordeaux). A ce propos, MM. Quénu et Nélaton ont pris la parole pour vous faire connaître des faits tirés de leur pratique. De son côté, M. Broca vous a communiqué un nouveau fait dont je devais vous rendre compte; mais, dès l'abord, la question m'a paru si complexe que j'ai toujours reculé devant la possibilité de vous faire un rapport. Aujourd'hui les faits se sont multipliés, et s'il n'est pas possible de poser des conclusions fermes, du moins pouvons-nous utilement étudier les divers problèmes que soulève cette question délicate.

Tout d'abord, je crois utile de rappeler ici que c'est à Hoffa (de Würtzbourg) qu'appartient le mérite d'avoir pratiqué la première opération de réduction de luxation congénitale par la méthode sanglante. Son opération a été faite le 6 juillet 1889; il en a fait l'objet d'une communication au 19e Congrès allemand de chirurgie, en 1890, puis la même année, au Congrès international de Berlin, auquel j'assistais. Je fus vivement frappé de la communication de M. Hoffa et me promis, le cas échéant, d'imiter son exemple. Ma première opération a été pratiquée aux Enfants-Assistés le 5 octobre 1891. Déjà d'ailleurs, à la fin du mois d'août 1891, M. Broca avait pratiqué une opération semblable dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Bichat, opération malheureuse qui s'était terminée par la mort du malade.

Manuel opératoire. — Le procédé primitif de Hoffa était le suivant : faire une incision circonscrivant le col et le grand trochanter à la partie postérieure de l'articulation, comme l'incision de Langenbeck pour la résection de la tête fémorale, désinsérer au grand trochanter tous les muscles pelvi-trochantériens qui étaient supposés mettre obstacle à l'abaissement du fémur; inciser largement la capsule, se rendre compte des conditions dans lesquelles se trouve la cavité cotyloïde. Si elle est insuffisante pour contenir la tête, creuser avec la gouge et la curette une nouvelle cavité; enfin, dans un dernier temps, remettre la tête dans cette cavité.

Or, dès le mois de mai 1892, M. Lorenz (de Vienne), qui avait mis en pratique l'opération de Hoffa et n'en avait pas obtenu de résultats satisfaisants, a modifié cette technique. Son procédé est basé sur cette considération que les muscles pelvi-trochantériens ne sont pas le siège de rétraction et ne peuvent jouer aucun rôle comme obstacle à la réduction. Pour lui, s'il y a des muscles rétractés, ce sont les adducteurs, et surtout les muscles qui, du bassin, vont à la jambe, comme les muscles de la patte d'oie et le biceps.

De plus, M. Lorenz, désirant aborder facilement l'articulation, a fait ce qu'avait déjà pratiqué, pour les luxations traumatiques, notre collègue Nélaton; il a fait une incision antérieure, passant entre le couturier et le tenseur du fascia lata. De cette façon, il arrive en ligne droite sur l'articulation; puis, le cas échéant, il pratique la ténotomie des adducteurs et des muscles du creux poplité. C'est dans le numéro du *Centralblatt für Chirurgie* du 6 août 1892 que M. Lorenz a fait connaître cette modification, et j'ai analysé son travail dans la *Revue d'orthopédie* [1].

Il faut croire d'ailleurs, que M. Lorenz n'a pas été satisfait de sa

[1] Voyez *Revue d'Orthopédie*, 1892, p. 469.

manière d'agir, car il n'a pas tardé à l'abandonner. De la partie antérieure, il a porté son incision à la partie antéro-externe, ce qui la fait passer entre le tenseur du fascia lata et le moyen fessier. M. Hoffa et moi-même, depuis longlemps instruits par les faits, nous avions reporté notre incision un peu en avant, de sorte qu'aujourd'hui tout le monde est d'accord pour faire une incision externe et ménager autant que possible les muscles péri-articulaires.

Gravité opératoire. — Si l'on en croyait certains auteurs, la réduction des luxations congénitales par la méthode sanglante serait une opération d'une bénignité absolue. Il est malheureusement loin d'en être ainsi, et tous les chirurgiens qui ont pratiqué un assez grand nombre de ces interventions ont eu à déplorer la mort d'un ou plusieurs malades.

Au Congrès allemand de chirurgie de 1895, où la question a été discutée, Hoffa a apporté sa statistique comprenant 112 opérations; 9 fois, il a déterminé la formation d'une double pseudarthrose; 1 fois il a fait une double résection; dans les autres cas, il a pratiqué la réduction de la luxation par la méthode sanglante.

Ces 112 opérations ont été pratiquées sur 82 malades, dont 60 étaient atteints de luxations doubles, et 52 présentaient une luxation simple. Sur ce nombre, il y a eu 7 morts, dont 3 étrangères à l'opération : 1 pneumonie, 1 catarrhe intestinal, 1 diphthérie ; les 4 autres étaient dues à l'opération elle-même.

Au Congrès de l'American Orthopœdic Association de 1894, où la question a été également discutée, M. Bradford a fait connaître les résultats de 5 opérations, qui ont donné trois morts : 1 par diphthérie et septicémie, 1 par diarrhée, 1 par scarlatine; il y a eu deux guérisons, mais pas une réduction solide. De son côté, M. Gibney a apporté les résultats de 6 opérations, dont 1 mort par diphthérie et 1 par septicémie. 4 fois il y a eu suppuration abondante (dont 1 malade opéré par Hoffa lui-même); 4 fois il y a eu récidive, dont 1 avec ankylose; 2 fois seulement il y a eu un bon résultat.

Notre collègue M. Broca a communiqué récemment à l'Académie de médecine (10 mars 1896), sa statistique d'après laquelle, sur 37 opérations, il y a eu à déplorer 3 morts. Nous-même, sur 17 opérations, nous avons perdu 2 malades. L'une était une jeune fille de 12 ans, chez laquelle nous avions entrepris de perforer complètement la cavité cotyloïde pour faire place à la tête fémorale. Nous eûmes chez elle une hémorrhagie abondante, venant vraisemblablement de l'obturatrice, et la malade succomba à des phénomènes de choc péritonéal. Il n'y avait pas de péritonite suppurée, mais le sang s'était collecté sous le péritoine, l'avait décollé

et avait même transsudé de dehors en dedans à travers les parois de la séreuse. Cet insuccès était dû certainement à l'opérateur et non à la méthode, et en bonne conscience, comme je l'ai écrit à ce propos, l'échec ne peut être imputé à l'opération de Hoffa, puisque j'ai fait là une chose que jamais Hoffa n'a conseillée.

Malheureusement, nous avons eu un second décès, celui-là imputable certainement à l'opération.

Il s'agissait d'un enfant faible, délicat, chez lequel nous avons pratiqué l'opération suivant les indications de Hoffa ; nous avons creusé une cavité cotyloïde et nous avons produit une réduction réelle, solide, comme vous pouvez vous en assurer sur la pièce anatomique que je mets sous vos yeux. Vers le troisième jour, la température s'est élevée à 40° et, malgré tous nos soins, l'enfant a succombé à la septicémie ; l'autopsie nous a même montré de petits abcès miliaires dans le muscle cardiaque.

Les résultats de M. Lorenz doivent être divisés en deux groupes. Ses premières opérations ont été pratiquées à la clinique du professeur Albert (de Vienne) ; sur 12 opérations, il a eu 3 suppurations graves et 2 morts par septicémie. Mettant ces résultats fâcheux sur le compte du milieu nosocomial, M. Lorenz s'est transporté dans un milieu favorable, la maison de santé du Dr Eder, et là il a pu pratiquer 100 opérations successives sur 84 malades, sans avoir à déplorer un seul cas de mort. C'est là certes un très beau résultat, auquel nous applaudissons sans réserve. Toutefois, en étudiant le détail des opérations, nous voyons que notre collègue n'a pu éviter certains accidents qui montrent que l'opération ne peut pas être dite absolument sans gravité. Dans un cas, il a eu une hémorrhagie abondante, qui a plongé le malade dans un abattement dangereux. Dans un second cas, la température s'est élevée au troisième jour à 40° et le malade, à peine échappé à la septicémie, a présenté un érysipèle grave. Exerçant sur le membre des tractions énergiques à l'aide d'un appareil puissant, M. Lorenz a eu plus d'une fois à enregistrer des paralysies portant à la fois sur le mouvement et sur la sensibilité.

La durée même de l'intervention montre bien qu'elle a une réelle importance. Sans doute, dans sa description théorique, M. Lorenz nous dit que l'opération est tellement simple qu'elle peut ne pas dépasser dix minutes, pour durer vingt-cinq minutes dans les cas les plus compliqués. Mais si nous passons au détail des opérations, nous voyons que, 37 fois, c'est-à-dire dans plus d'un tiers des cas, l'acte opératoire a duré une demi-heure et au-dessus ; nous trouvons même des opérations qui ont duré trois quarts d'heure, une heure, une heure et un quart, et même une heure et demie. Ce sont là des résultats qui se rapprochent beau-

coup de ceux que nous avons observés nous-même et qui, en tout cas, montrent qu'il ne s'agit pas d'une intervention sans gravité.

Résultats opératoires. — Si nous envisageons maintenant les résultats opératoires, nous constatons que ceux-ci n'ont pas toujours été satisfaisants. L'une de nos opérées a eu une récidive, M. Broca a eu 3 récidives, M. Hoffa accuse, dans sa statistique, 11 récidives; 3 fois, la récidive s'est produite en arrière et 8 fois en avant. Sur ses 84 opérés, M. Lorenz a eu 15 récidives, dont 3 en arrière et 12 en avant.

Chez les malades même qui n'ont pas récidivé, les résultats fonctionnels sont loin d'avoir toujours été parfaits. M. Hoffa pose en principe (et nous ne saurions trop le louer de sa probité scientifique) que la *restitutio ad integrum* est impossible ; d'après lui, il reste toujours un raccourcissement que l'on peut évaluer de 1 à 3 centimètres. Cette évaluation nous paraît conforme à la vérité. Pour nous, dans les cas les plus favorables, nous n'avons jamais obtenu un raccourcissement inférieur à 1 centimètre.

Bergmann (Congrès allemand de chirurgie de 1894) dit avoir pratiqué 2 opérations qui, toutes deux, ont été suivies de septicémie ; les résultats ont été mauvais; dans un cas même, la guérison a eu lieu avec ankylose.

Hoffa a eu 9 fois une ankylose plus ou moins complète ; dans un cas même (circonstance particulièrement défavorable), l'ankylose était double. Si, dans la statistique de Lorenz, nous examinons les cas relatifs à la luxation unilatérale, nous voyons que, 42 fois sur 68 cas, il est expressément noté qu'il reste un raccourcissement de 1/2, 1, 1 1/2 et même 2 centimètres. Sur les 16 cas de luxation bilatérale, il y a eu 5 fois récidive ou inégalité de longueur des membres inférieurs, 4 fois l'ankylose a été plus ou moins complète, 14 fois, il y a eu flexion simple de la cuisse sur le bassin; 8 fois, flexion et abduction ; 11 fois, flexion et adduction. Dans un certain nombre d'observations, se trouve notée la nécessité de redressements successifs sous le chloroforme; dans un cas même, le redressement a déterminé une fracture du fémur.

Au congrès allemand de chirurgie de 1895, Mikulicz a cité le cas d'une malade opérée par Lorenz et revue par lui un an et demi plus tard ; chez elle, il existait une flexion considérable, des douleurs vives, et la malade était beaucoup plus infirme après qu'avant l'opération.

Mais ce n'est pas tout encore. Il est un fait très intéressant qui semble n'avoir pas frappé M. Lorenz. Parmi ses opérations, il en est un grand nombre qui ont trait à des enfants en bas âge. Il semblerait que, chez eux, les résultats dussent être particulièrement

favorables. Or, chose curieuse, imprévue, ce sont précisément ces faits qui donnent les plus mauvais résultats. Six enfants opérés à l'âge de 3 ans ont fourni 6 récidives. Un enfant de 2 ans et demi présentait, avant l'intervention, un raccourcissement de 1 centimètre 1/2 ; après l'opération, qui a duré quarante minutes, le raccourcissement reste de 1 centimètre, et l'enfant boîte beaucoup.

Voilà donc un jeune enfant qui subit une opération grave, de quarante minutes de durée, pour gagner un allongement de 1/2 centimètre, et qui continue à boîter après comme avant. Dans l'observation 39, relative aussi à un enfant de 2 ans et demi, le raccourcissement mesurait 1 centimètre 1/2 ; il y a eu récidive, le bénéfice a été absolument nul. Récidive également dans l'observation 78 (enfant de 2 ans et demi). Dans l'observation 73, enfin, le raccourcissement, qui mesurait 3 centimètres, est ramené à 2 centimètres par une opération d'une heure de durée chez un enfant de 2 ans et demi.

En somme, il semble que, si l'on s'adresse à des enfants trop jeunes, la luxation ait tendance à se reproduire ; on dirait que le développement, primitivement vicieux de l'articulation, continue à se faire vicieusement, après comme avant l'opération. C'est là un résultat très important à bien mettre en relief, et qui est de nature à nous engager à ne pas entreprendre la réduction par la méthode sanglante chez des enfants trop jeunes.

En résumé, voici quelles sont, pour moi, à l'heure actuelle, les conclusions qui s'imposent à tout chirurgien honnête et instruit :

1° Les opérations par la méthode sanglante ne sont pas absolument sans danger ; tous les chirurgiens qui les ont tentées ont perdu des malades ;

2° L'opération est souvent longue et difficile, comme le prouvent la durée des interventions, la possibilité d'hémorrhagies graves, de paralysies, etc. ;

3° L'opération n'est pas absolument certaine dans ses résultats. Tous les chirurgiens ont eu des récidives. Sans doute, objecte-t-on, si le mal a récidivé, c'est que l'opération a été mal faite. C'est bientôt dit ; mais il me semble que des chirurgiens comme MM. Hoffa, Lorenz, Broca, Bradfor, Gibney et d'autres encore, ne sont ni sans valeur, ni sans expérience, et cependant tous ont eu des insuccès. A ne prendre que les résultats les plus avantageux, ceux qui ont été obtenus par M. Lorenz, nous avons vu que, dans nombre de cas, il a eu, soit des récidives, soit des résultats imparfaits : malades guéris avec des attitudes vicieuses, un raccourcissement notable, de la claudication, etc.

Si je parle ainsi, ce n'est pas que je sois opposé à l'opération,

bien au contraire ; j'en fais tous les jours, et je suis disposé à en faire à l'avenir, chaque fois que l'occasion se présentera. Si je n'ai pas jusqu'ici pratiqué un plus grand nombre de ces opérations (17), cela tient à deux raisons : la première, c'est que, jusqu'en mai 1893, je n'avais pas la possibilité d'hospitaliser dans mon service les malades du dehors, et que je ne pouvais songer à entreprendre, à la policlinique, une opération aussi sérieuse. J'ai donc laissé passer, sans les opérer, un grand nombre de malades pour lesquels l'opération eût été indiquée. La seconde raison qui m'a empêché d'agir, c'est que je considère comme le devoir strict d'un chirurgien honnête de toujours dire au malade, ou à sa famille, la vérité exacte sur l'intervention qu'il va entreprendre. Vingt fois, dans mon cabinet, j'ai conseillé l'opération. Les parents étaient séduits tout d'abord par l'idée de voir leur enfant guéri de son infirmité; mais bientôt ils se ravisaient et me demandaient : y a-t-il du danger? Et toujours j'ai répondu : oui, il peut y avoir du danger. « En ce cas, me disaient-ils, nous aimons mieux garder notre enfant infirme que d'exposer ses jours. »

Traitement orthopédique. — La méthode sanglante, nous l'avons vu, n'est pas absolument sans dangers, et ses résultats sont encore incertains. Contrairement à ce qu'on aurait pu croire *a priori*, les résultats paraissent d'autant moins satisfaisants que les malades traités étaient plus jeunes. Il semble donc, d'après cela, que la réduction par la méthode sanglante ne soit pas applicable chez les très jeunes enfants; elle est à la fois trop grave chez eux et trop incertaine dans ses résultats. Il faut en revenir à la règle primitivement tracée par Hoffa, et ne pas opérer avant quatre ou cinq ans. Mais faut-il, parce que les interventions sanglantes sont mauvaises chez les très jeunes sujets, se croiser les bras et attendre?

Telle a été, jusqu'à ces dernières années, la conduite de nos maîtres les plus éminents. Les chirurgiens, en effet, découragés par les insuccès des appareils employés jusque-là, la ceinture de Dupuytren, par exemple, en étaient arrivés à laisser évoluer la lésion, la considérant comme une infirmité incurable. Il faut, croyons-nous, revenir sur ce jugement, et s'efforcer de traiter les luxations congénitales de la hanche dès qu'elles sont reconnues, c'est-à-dire dès la plus tendre enfance. N'oublions pas, en effet, que les premiers expérimentateurs, Humbert (de Morley) (1835), Pravaz (1847), s'adressaient à des luxations anciennes, définitivement constituées, chez des enfants de 7 à 10 ans, par exemple, avec des raccourcissements souvent considérables; il n'est pas étonnant que, dans ces conditions, ils n'aient pas obtenu de bons résultats. Ce n'est pas une raison pour abandonner définitivement le traite-

ment mécanique. Plaçons-nous, en effet, dans d'autres conditions, supposons, au lieu d'un enfant de 7 à 8 ans, avec un raccourcissement de 3 à 5 centimètres, un jeune enfant de 18 mois à 2 ans, chez lequel le raccourcissement ne dépasse pas 1 centimètre et demi, par exemple. C'est alors surtout que sera applicable le traitement mécanique, beaucoup plus puissant qu'il ne le serait chez des malades plus âgés.

Cette manière de voir est d'ailleurs adoptée, à l'heure actuelle, par la majorité des chirurgiens, Schede, Mikulicz et M. Lorenz lui-même. Mais ici se présentent deux méthodes absolument différentes : tandis, en effet, que Schede, Mikulicz et nous-même, nous faisons consister le traitement orthopédique dans l'emploi de l'extension continue, au moyen d'appareils qui permettent en même temps de placer le membre dans l'abduction, M. Lorenz, au contraire, prétend obtenir en un seul temps la réduction sous le chloroforme, puis permettre immédiatement la marche au moyen d'un appareil maintenant le membre dans une position d'abduction forcée. De cette façon, le poids du corps, pendant la marche, contribuerait à faire pénétrer peu à peu la tête fémorale dans la cavité cotyloïde. Il s'agirait en un mot d'un procédé analogue à celui de M. Paci (de Pise), mais avec cette différence essentielle que jamais M. Paci n'a prétendu réaliser de véritables réductions; ce qu'il cherche, c'est seulement une néarthrose solide.

Pour ma part, je crois la réduction vraie le plus souvent impossible. Je n'en ai jusqu'ici observé que deux exemples : Le premier chez une petite fille de 18 mois que j'ai observée avec notre collègue, M. Monod. Chez elle, la tête fémorale était luxée dans la fosse iliaque externe, mais on pouvait la faire rentrer dans la cavité cotyloïde avec un bruit caractéristique. Sous l'influence de l'immobilisation prolongée, combinée avec l'extension continue et l'abduction, elle est restée réduite. Le second cas où j'ai observé la réduction véritable est celui d'une petite fille de 5 ans qui m'avait été adressée par mon ami, M. Schwartz. Je fis chez elle une opération sanglante; la capsule ouverte, j'engageai profondément mon doigt dans la plaie et je pus constater qu'il existait une cavité cotyloïde présentant une forme et des dimensions sensiblement normales. Le moindre effort suffit à produire la réduction, sans que j'eusse besoin de faire subir au cotyle la moindre transformation. J'ai revu dernièrement cette enfant et j'ai pu constater, qu'après dix-huit mois, la tête restait parfaitement réduite; et, cependant, dans ce cas si favorable, où je n'ai pas eu besoin de toucher au squelette, l'enfant conserve un raccourcissement de 1 centimètre.

Arrivé au terme de cette étude, il me semble possible d'en tirer les conclusions suivantes :

Il nous faut nous départir du scepticisme des anciens chirurgiens, qui, avant la période antiseptique, regardaient ces malades comme des infirmes auxquels il n'y avait rien d'utile à proposer.

Nous devons chercher à faire le diagnostic le plus tôt possible, et, dès que le diagnostic est établi, instituer un traitement mécanique convenable, dans l'espoir d'obtenir une néarthrose solide avec un minimum de raccourcissement, ou même quelquefois, mais rarement, une réduction véritable.

Le traitement mécanique doit consister en une immobilisation prolongée jointe à l'emploi de l'extension continue. Le membre sera placé dans l'abduction, de façon à favoriser le contact permanent entre l'os iliaque et le fémur; la gouttière articulée que j'ai fait construire et que j'ai présentée l'année dernière à la société de chirurgie, permettra de réaliser facilement ces conditions. Puis, quand, au bout d'un temps variable, six à huit mois, une néarthrose solide aura été obtenue, il faudra commencer à faire marcher le malade, en le soutenant, non avec la ceinture de Dupuytren, mais avec un appareil en cuir moulé immobilisant le bassin et la cuisse dans une position légère d'abduction, comme s'il s'agissait d'une coxalgie.

Si le résultat est bon, si vous avez obtenu une néarthrose solide, si le raccourcissement ne dépasse pas 1 à 2 centimètres, vous pouvez vous tenir pour satisfait; car une opération sanglante ne vous aurait rien donné de mieux.

Si, au contraire, vous n'obtenez rien de bon, si la tête a tendance à remonter de plus en plus dans la fosse iliaque et le raccourcissement à s'accentuer, c'est alors qu'il faut recourir à la méthode sanglante.

Il n'y a nullement contradiction entre les deux méthodes, au contraire, elles peuvent utilement se surajouter l'une à l'autre. L'intervention est fondée sur deux éléments, qui sont : 1° l'intensité du raccourcissement, qui peut atteindre 4 à 6 centimètres, et même davantage, produisant une claudication très considérable; 2° la laxité de la néarthrose, produisant le mouvement de plongement du bassin pendant la marche, surtout marqué dans la luxation double. Cette dernière circonstance est la plus importante des deux; il est, en effet, des malades, présentant un raccourcissement considérable, qui marchent bien cependant, parce qu'ils ont une ankylose solide; c'est ce qui se voit, par exemple, dans certaines ankyloses consécutives à la coxalgie.

Dans les cas de luxation double, il faut tenir compte surtout de la laxité de la capsule produisant la démarche du canard, et l'attitude vicieuse caractéristique (flexion avec adduction), l'adduction étant parfois telle que les genoux s'entrecroisent pendant la marche

et que leur face interne arrive à s'ulcérer par frottement réciproque. Mais ici surtout un résultat parfait est difficile à réaliser, à cause de la difficulté d'obtenir des deux côtés une jointure absolument identique.

Pour les malades qui ont passé l'âge de la réduction par la méthode sanglante, malades de quatorze ans et plus, qui présentent une flexion marquée avec adduction exagérée telle que les genoux s'entrecroisent pendant la marche, je conseille de recourir à l'ostéotomie sous-trochantérienne qui permet de remédier à l'attitude vicieuse, et qui m'a donné, en pareil cas, de très bons résultats.

Ces conclusions sont, en somme, celles du mémoire que j'ai présenté en avril 1894 au Congrès de Rome ; les faits en grand nombre que j'ai pu observer depuis lors n'ont fait que confirmer mes convictions.

Présentation de malades.

Fracture de la rotule traitée trois ans auparavant par la griffe de Duplay.

M. P. Reynier. — Je vous présente un malade que j'ai traité, il y a trois ans, d'une fracture de la rotule, avec écartement de 3 centimètres, en me servant de la griffe de Duplay. On peut voir à l'heure actuelle qu'une rainure, dans laquelle l'ongle seul peut pénétrer, marque la place de l'ancienne fracture. Le cal toutefois est, je crois, fibreux, en grande partie, sur certains points, peut-être osseux. En tout cas, la coaptation des fragments est, et est restée, tellement parfaite que le malade marche, court sans boiter et sans aucune gêne. Il fléchit sa jambe en dépassant l'angle droit. Il soulève la jambe en entier, redresse la pointe du pied. Les fonctions du triceps s'accomplissent donc normalement. Et à l'heure actuelle le malade se considère comme si bien guéri qu'il vient me demander s'il peut faire de la bicyclette.

C'est donc un très beau résultat qui doit d'autant plus intéresser, que c'est un résultat très éloigné du moment du traumatisme. Or, trop souvent, les résultats qu'on nous présente ici sont trop rapprochés du moment où on est intervenu pour qu'on puisse être fixé sur la valeur absolue de l'intervention. On ne peut adresser ce reproche à celui-ci.

Discussion.

M. Berger. — C'est là un beau résultat, mais avec un cal fibreux et court j'ai obtenu moi-même un bon résultat dans mon service

avec la griffe de Duplay. Je reproche à cette griffe la raideur prolongée de l'articulation qui n'est pas définitive, je l'accorde.

M. Nau (de Champigny) présente une table d'opération.

M. Guinard présente un corps étranger de la main décelé par la photographie de Rœntgen (M. Poirier, rapporteur).

La séance est levée à 6 heures 30 minutes.

Le Secrétaire annuel,
Quénu.

Séance du 22 avril 1896.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre du Dr Achille Boari de Ferrari, qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger;

3° Une lettre de Hollande avec signature illisible et qui relate le cas d'une femme laparotomisée depuis douze ans et qui, après ce laps de temps, a rendu au milieu des matières fécales une compresse de gaze iodoformée.

Suite de la discussion sur la luxation congénitale de la hanche.

M. Quénu. — J'ajoute aux difficultés opératoires que nous a énumérées M. Kirmisson, celle qui résulte d'une conformation spé-

ciale du col fémoral et de la tête fémorale. J'ai déjà, lors de la première discussion à la Société de chirurgie, cité une observation personnelle d'une luxation congénitale double de la hanche que j'opérais à un an d'intervalle avec l'aide de mon ami Nélaton. J'avais, la première fois, rigoureusement suivi les indications de Hoffa. N'ayant pu réussir à replacer la tête dans la cavité, je me proposai d'ajouter à la section des muscles trochantériens, celle des adducteurs au pubis et à la branche ischio-pubienne. Or, malgré cette section, l'ouverture de l'angle obtus formé par la diaphyse fémorale et le col élevait tellement la tête que je ne pus abaisser cette dernière et que, comme dans la première opération, je dus me résigner à faire la décapitation de la tête fémorale, l'ensellure fut corrigée, la boiterie resta la même. Je n'avais pas, il est vrai, fait précéder mon opération de la traction continue.

M. Kirmisson. — Ce que j'ai voulu surtout démontrer, dans la dernière séance, à propos du traitement de la luxation congénitale par la méthode sanglante, c'est qu'il ne s'agissait pas là d'une panacée applicable indistinctement à tous les cas; mais bien d'une opération ayant ses dangers et présentant, comme toutes les interventions chirurgicales, ses indications et ses contre-indications. Pour mieux faire comprendre ma pensée, je vous demande la permission de vous présenter ce jeune garçon de 15 ans, atteint d'une double luxation congénitale de la hanche. Comme vous le voyez, chez lui, la démarche est presque normale ; ce garçon peut faire de très longues courses, et cependant, quand je le déshabille, vous voyez qu'il présente une ensellure énorme et une déformation caractéristique, résultant de la présence des deux têtes fémorales en un point très élevé de la fosse iliaque. Je me garderais bien chez lui de conseiller une intervention chirurgicale, quelle qu'elle soit.

De même, j'ai vu, l'automne dernier, dans mon cabinet, un jeune garçon de 9 à 10 ans qui m'était présenté par son père pour une luxation congénitale de la hanche droite. Chez lui, le raccourcissement ne dépassait pas 1 centimètre et demie; la tête du fémur était solidement fixé au niveau de l'épine iliaque antérieure et inférieure; la marche s'exécutait facilement avec une claudication insignifiante. Et cependant il s'était trouvé un chirurgien pour proposer au père une opération. C'eût été, certes, un beau succès pour l'opération sanglante, à condition toutefois que le chirurgien eût réussi à ne pas aggraver la situation. Pour moi, j'ai formellement déconseillé à la famille l'opération.

En un mot, la question se pose ici comme pour une foule d'autres affections relatives à la chirurgie orthopédique; c'est-à-dire qu'il faut soigneusement distinguer la forme et la fonction et ne pas

intervenir toujours pour corriger un simple vice de forme, au risque d'aggraver les troubles fonctionnels. En un mot, il faut, dans chaque cas donné, étudier soigneusement les indications et contre-indications.

M. Félizet. — Cette question du traitement de la luxation congénitale de la hanche est en vérité tourmentante. Ce n'est pas la première fois, vous le savez, qu'on la soulève ici et bien des incertitudes subsistent encore.

On vous a exposé, dans la dernière séance, les différents modes opératoires usités : on a condamné le procédé de Hoffa qui sacrifie tous les muscles pelvi-trochantériens et prive le fémur mis en bonne place de tous les engins essentiels au fonctionnement de la hanche. Vous avez sans doute été séduits par l'incision antérieure de Lorenz, qui conduit au but directement, discrètement, sans rien détruire.

Enfin, on vous a décrit un procédé qui consiste à scier la base du grand trohanter et à le relever avec les muscles pelvi-trochantériens qui s'y insèrent, de façon à découvrir la région et à la bien éclairer. Vous n'avez pas entendu prononcer le nom de M. Ollier : c'est lui cependant qui a imaginé et appliqué couramment ce procédé, qu'il a décrit dans son traité des résections sous le nom de *Procédé à tabatière*.L'emploi du procédé de M. Ollier dans le traitement opératoire des luxations congénitales de la hanche, aurait, paraît-il, procuré d'excellents résultats fonctionnels.

Nous sommes donc fixés sur la technique opératoire.

L'intérêt chirurgical est ailleurs.

Nous avons été frappé comment, dans les communications faites dans ces derniers temps aux sociétés savantes et aux congrès on avait peu parlé de l'anatomie pathologique.

On la connaît bien cependant : les *Bulletins de la Société anatomique*, les collections des musées, les descriptions magistrales de nos classiques, représentent une science à laquelle il y a, j'imagine, peu de chose à ajouter.

Nous savons combien sont variées ces lésions : cotyle déplacé, cotyle déformé, cotyle petit, cotyle à peu près absent; tête fémorale atrophiée, col plus ou moins allongé, fermé dans son angle ou incarné; élargissement variable de l'extrémité fémorale soit en arrière, soit en haut, tant de variétés anatomiques et mécaniques ne semblent-elles pas porter avec elles des indications différentes et imposer au chirurgien l'obligation de songer à autre chose qu'au procédé d'Hoffa, de Lorenz ou d'Ollier?

En fait, nous sommes, je le crains bien, les dupes d'une dénomination aussi mauvaise que possible : dans le traitement de la luxa-

tion congénitale, le mot aura eu sur la chose une influence dont nous avons le droit d'être étonnés.

Littré définit la luxation : *Le déplacement de deux pièces osseuses dont les surfaces articulaires ont perdu, en tout ou en partie, leurs rapports naturels.*

Qui dira comment cette définition s'applique à la luxation congénitale de la hanche ? Comment une tête malvenue, surmontant un col plus ou moins anormal, a-t-elle pu perdre ses rapports avec une cavité colyloïde qui ne l'a jamais contenue ? En réalité, il ne s'agit pas là d'une luxation, il s'agit d'une malformation véritable du squelette : des pièces destinées à s'unir ont évolué séparément, elles se sont développés plus ou moins loin l'une de l'autre. Elles n'ont pas eu à se séparer ne s'étant jamais jointes. Ainsi les divers détails anatomo-pathologiques de ce qu'on appelle la luxation congénitale du fémur, ne sont, à vrai dire que des degrés d'une malformation de la région.

Sortons de la théorie. Que l'opérateur réalise une réduction ou une reconstitution, je demande à voir les résultats.

Je ne serai pas exigeant. Avec M. Kirmisson, qui est éclectique, j'éliminerai les cas justiciables des massages et des appareils orthopédiques, j'éliminerai de même les cas que l'étendue de la malformation rend inopérables.

Je ne garderai que les bons cas, les cas opérables.

En présence de ces cas favorables, je ne me suis pas encore décidé. Mon ami, Ch. Nélaton, a été témoin de mes hésitations et de mes scrupules. Il m'est arrivé une fois (il s'agissait d'un enfant bien préparé par quatre semaines d'extension continue), de renoncer, sur la table d'opération, à commencer une opération sur les effets de laquelle je ne me sentais pas honnêtement fixé.

Les suites sont cependant bénignes : avec l'antisepsie on ne meurt plus. Les statistiques sont engageantes, on les dit vierges ; avec cette virginité, le résultat ne répond pas toujours aux ambitions et aux espérances, il y a des insuccès.

Ces insuccès, je veux les voir.

Un opérateur avoue que tant de fois sur cent il n'a pas réussi. Cela ne me suffit pas. Je veux savoir en quoi cet insuccès consiste et quelle impotence et quelle difformité a été substituée à l'infirmité et à la malformation.

Quant aux succès, je ne demande pas mieux que de partager la satisfaction de ceux qui les ont obtenus et qui les annoncent. Ne croyez pas que je sois adversaire de l'opération ; je voudrais qu'on me fournisse des raisons positives pour en être partisan. Et ces raisons je les accueillerai si on me montre les opérés une année après la libération de leur appareil. Je ne serai pas exigeant, car

la maladie me déconcerte et je suis désolé de ne la pouvoir pas guérir. Nous examinerons les opérés après une marche prolongée, on nous montrera s'ils *balancent* encore, si l'ensellure a disparu, si la scoliose est corrigée.

Soyez sûrs qu'alors je ne serai pas le seul ici qui se décidera alors à agir.

M. Broca. — Pour clore le débat que j'ai soulevé sur le traitement de la luxation congénitale de la hanche, j'ai quelques mots seulement à répondre à M. Kirmisson. Je dois d'abord rectifier un chiffre : aux trois récidives que j'ai accusées, M. Kirmisson a ajouté celle d'une fillette que j'ai opérée dans son service, pendant une suppléance, en 1892. Or, cette fillette, comme tous les enfants que j'ai opérés, comme mon décès de l'hôpital Bichat, compte dans ma statistique intégrale, et j'ai *en tout* trois récidives. Ce fait devait être spécifié, non pour me disculper d'une récidive, ce qui n'a aucune importance, mais pour qu'on ne puisse faire à l'avenir des erreurs de statistique ; sur les huit observations relatées par M. Kirmisson, en 1893, une opération m'appartient et compte dans mes trente-sept actuelles.

J'ajouterai, ce qui concorde avec ce que nous a dit M. Kirmisson, que mes deux autres récidives concernent des enfants jeunes, au-dessous de 5 ans. Mais je ne concluerai pas, avec lui, qu'il n'y a pas grand chose de bon à attendre chez les jeunes enfants : j'ai eu chez eux quelques résultats remarquables.

Je n'ai pas conseillé, cependant, d'opérer de parti pris en bas âge, et cela résulte nettement de ma communication, moi aussi, j'ai parlé en général des diverses indications thérapeutiques et de traitement orthopédique et j'ai dit, qu'en règle habituelle, il ne fallait pas opérer avant l'âge de 4 à 5 ans. Mais là où je diffère d'avis avec M. Kirmisson, c'est que je préfère la méthode orthopédique de Lorenz, qui permet la marche, à celle qui exige l'immobilisation et l'extension continue prolongées pour arriver à un résultat des plus aléatoires. J'ai d'ailleurs eu bien soin de dire que je ne croyais pas à une réduction proprement dite, immédiatement complète. Et j'ai ajouté que je ne serais pas grandement surpris si, une fois de plus, on aboutissait à un déboire. Les divers autres procédés que l'on a préconisés, ceux de Schede, de Miculicz, de Paci, de Kirmisson, ont donné quelques succès, mais je ne crois pas, d'après les faits publiés, qu'on soit autorisé à faire de ces succès la règle, même quand le traitement a été entrepris de très bonne heure. Et je constate qu'au total, M. Kirmisson nous cite un succès, dans un cas que lui-même trouve exceptionnel dans son mode de réduction.

Qu'on nous apporte une méthode orthopédique ayant fait ses preuves d'efficacité certaine chez des enfants en bas âge, j'en serai enchanté et j'y aurai recours immédiatement, mais même la communication de M. Kirmisson ne m'a pas convaincu et je reste dans le doute.

A mon ami Quénu, je répondrai simplement que les échecs opératoires qu'il a subis sont peut-être imputables à un défaut de technique. Deux cas ne suffisent pas pour une intervention incontestablement délicate, et lorsque M. Quénu, avec la valeur chirurgicale que je lui connais, se sera un peu adonné à cette opération, il obtiendra la réduction dans des cas semblables à ceux où il a d'abord échoué.

Pour discuter avec M. Félizet, je suis un peu plus embarrassé, car il ne m'a pas fait l'honneur de me nommer et, dans ses critiques impersonnelles, je ne sais pas au juste lesquelles me concernent. Dans quelques-unes j'ai cru me sentir visé, et à celles-là la réponse sera aisée, car la plupart me prêtent des opinions qui n'ont jamais été les miennes.

L'anatomie pathologique, la conception d'une malformation articulaire précédant et préparant la luxation, gêne, paraît-il, les amateurs d'opérer quand même. Cette théorie pathogénique est celle que vient de défendre mon maître Lannelongue, c'est celle que j'ai soutenue dans ma communication. Mais si je considère la luxation comme « secondaire au point de vue pathogénique », j'ai dit et je maintiens que « c'est celle qui nous intéresse au point de vue thérapeutique », et j'ai cherché à mettre en relief ce fait, que pour obtenir un bon résultat fonctionnel, la fixation de la tête était plus importante que l'exactitude parfaite de la réduction. Pour s'en convaincre, il suffit de lire ma communication, publiée *in extenso* par la *Presse médicale* (4 avril 1896, n° 28, p. cxxxv).

Aussi, ai-je toujours pensé que l'on doit s'abstenir de toute opération lorsque, quel que soit le degré de la difformité extérieure, la fonction s'exerce convenablement. Je suis fort heureux que M. Kirmisson vienne de nous présenter un malade : jamais je n'ai songé à prendre le bistouri dans un cas semblable. J'ai, en province, une opérée que j'ai améliorée considérablement et ses parents, enchantés du résultat, m'ont amené à Paris leur seconde fille, elle aussi atteinte de luxation congénitale bilatérale. Il y a une forte flexion pelvienne et une forte lordose, mais les têtes, presque luxées en arrière, sont assez bas fixées. La marche a lieu sans grand déhanchement, avec une oscillation du bassin en fléau de balance : et tout simplement j'ai refusé d'opérer. Les cas de ce genre sont loin d'être rares, et la preuve en est que si, depuis 1892, j'ai vu certainement plus de deux cents luxations de la hanche, j'en ai opéré

trente-sept. A quelques-unes, sans doute, j'ai proposé une intervention que les parents ont refusée, mais l'écart est assez grand pour démontrer que j'opère dans la minorité des cas. Je puis donc me ranger, selon le souhait de M. Félizet, parmi les chirurgiens sages qui n'opèrent pas toujours.

Pour contenter M. Félizet, il faudrait des résultats probants, d'enfants marchant depuis longtemps. La réponse est fournie en partie par les pièces que je vous présente et qui proviennent d'enfants autopsiées, l'une cinq mois, l'autre treize mois après l'opération. Chez la seconde, il n'y a pas ankylose, mais amphiarthrose avec raideur notable, si bien que, pour corriger une flexion permanente, j'ai dû faire l'ostéotomie sous-trochantérienne et non le redressement; mais le résultat est bon en ce que la tête est très fortement emboîtée. Chez le second, le résultat est anatomiquement parfait.

Passons sur les décès : M. Félizet reconnaît que tous les opérateurs, même moi, ont, une fois leur éducation faite, des séries vierges d'importance réelle. Mais, avant de se convertir, il voudrait voir des résultats mauvais et bons, passables et médiocres, et les comparer à l'état antérieur à l'opération. Présenter mes malades avant l'opération, m'était difficile tant que je n'ai pas été membre de la Société : je puis le faire à partir d'aujourd'hui et faire revenir chacun d'eux un an ou dix-huit mois après, car il faut ce temps pour que le résultat soit devenu réellement bon. Mais, au bout de ce temps, n'aura-t-on pas oublié le point de départ? Aussi bien, est-ce vraiment utile? Certes non pour mes résultats médiocres ou nuls; mon aveu doit satisfaire même M. Félizet. Restent donc les résultats que je déclare très bons ou les améliorations que je déclare considérables, au point de vue fonctionnel. Je voulais montrer quelques malades à la Société; j'ai eu la main un peu forcée pour les présenter à l'Académie de médecine. Je n'ai pas l'intention de faire à plusieurs reprises traverser Paris par des fiacres véhiculant des malades qui flattent mon amour-propre de chirurgien. M. Félizet veut bien mettre en doute ma bonne foi; si mes autres collègues sont de son avis, je leur donnerai satisfaction. Dans le cas contraire, je me consolerai de ne pas avoir complètement contenté M. Félizet. Et d'ailleurs, M. Lucas Championnière, que j'aperçois ici, va sans doute trancher le débat; il a examiné mes malades à l'Académie et, en toute sécurité, je lui demande comment ils marchent.

M. Lucas Championnière. — Ils marchent très bien.

M. Broca. — Je n'ai rien à ajouter après cette déclaration.

M. Kirmisson. — M. Félizet nous dit que la luxation congénitale n'est pas une luxation proprement dite, bien entendu, mais ceci n'est pas une objection de nature à nous faire renoncer à une opération.

M. Félizet demande des résultats; mais je n'ai fait que vous en donner dans la dernière séance. J'ai analysé les mauvais et les bons, nous avons vu des malades de Lorenz, à Rome, marchant très bien, nous en avons montré nous-même, soit à cette Société, soit à l'Académie. M. Félizet me paraît trop sévère pour le traitement opératoire des luxations congénitales.

M. Broca n'a pas compris ce que j'ai dit sur le traitement orthopédique; j'ai dit que je n'avais eu que deux fois la réduction, mais cela ne signifie pas que je n'aie obtenu que deux fois de bons résultats par le traitement orthopédique.

M. Broca. — Je ne fais aucune difficulté pour avouer qu'en lisant l'article de M. Kirmisson, dans le *Bulletin médical*, je n'avais pas tiré la conclusion que M. Kirmisson vient d'exprimer si clairement, et je n'avais pas compris que M. Kirmisson fût réellement satisfait du traitement orthopédique pour ces malades, que lui-même reconnaît avoir bien souvent perdus de vue avant le résultat définitif. Aurons-nous donc là un moyen efficace pour les luxations souples des enfants en bas âge? Je le souhaite. Mais, pour le moment, et sans avoir jamais cru qu'on obtienne ainsi, d'emblée, la réduction réelle et complète — j'ai même à plusieurs reprises écrit le contraire — je mets à l'étude la méthode orthopédique de Lorenz plutôt que les traitements fondés sur l'immobilisation prolongée avec extension continue. A cela près, je suis d'accord avec M. Kirmisson sur l'indication d'essayer un traitement orthopédique chez l'enfant encore jeune.

Rapport.

La trachéotomie dans le service laryngologique de l'hôpital Lariboisière, par M. Gouguenheim.

Rapport par M. L.-G. RICHELOT.

Je suis chargé depuis fort longtemps — et je m'excuse de ce retard — d'analyser un travail où M. Gouguenheim nous propose d'apporter quelques modifications au manuel opératoire de la trachéotomie *chez l'adulte*. Notre collègue a pu croire que je l'ou-

bliais ; mais il n'en est rien, car depuis de longues années la question m'intéresse [1].

M. Gouguenheim enseigne dans son service qu'il est bon de sectionner au bistouri la peau et la couche sous-cutanée, l'aponévrose cervicale au thermo-cautère. Telle est sa première innovation. Mais je ne crois pas que le thermo-cautère ait aujourd'hui beaucoup d'admirateurs. Notre collègue pouvait aller plus loin, ce me semble, et abandonner tout à fait cet instrument qui ne ferme que les capillaires, même quand on le manie au rouge sombre, et ne dispense en aucune façon de pincer ou de lier les vaisseaux plus dangereux.

Seconde innovation : M. Gouguenheim, arrivé sur l'aponévrose, fait une boutonnière à sa partie supérieure et passe une sonde cannelée qui lui sert à guider son incision profonde. Sans trouver que ce guide soit bien nécessaire pour couper facilement les tissus ou garder la ligne médiane, je dirai volontiers que c'est là un petit « truc » opératoire que l'auteur est libre de préférer, et j'aurais mauvaise grâce à nier l'intérêt que peut avoir pour lui cet usage de la sonde cannelée.

En somme, je vois bien que notre collègue s'est préoccupé d'améliorer ses résultats et nous expose les bonnes habitudes qu'il a su prendre, mais je ne trouve pas dans son mémoire la description d'un réel progrès, qui rende plus sûre et plus bénigne une opération souvent entourée d'écueils.

Aussi ce mémoire est-il pour moi une occasion nouvelle de répéter ce que j'ai dit dans mes travaux antérieurs : le meilleur moyen de perfectionner la trachéotomie *chez l'adulte*, c'est de l'abandonner tout simplement et d'adopter une opération voisine, qui est là tout près, facile, expéditive, sans dangers, que beaucoup de chirurgiens ignorent parce qu'ils ont peu d'occasions de la mettre à l'épreuve, et que les spécialistes méconnaissent parce qu'ils n'ont pas encore voulu la comprendre. Cette opération, c'est la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.

M. Gouguenheim m'a répondu d'avance : une laryngotomie qu'il pratiqua chez un tuberculeux fut suivie de mort rapide, le cartilage cricoïde s'étant fracturé et la canule étant sortie. J'ai connu cette opération, qui fut faite à l'hôpital Bichat ; c'était la première et ce fut la seule tentative de laryngotomie que voulut faire notre collègue. De mon côté, j'ai opéré des tuberculeux et des cancéreux, dont les cartilages étaient ramollis, fracturés ; je n'ai pas eu le

[1] L.-G. Richelot, Sur la laryngotomie intercricothyroïdienne (*Union médicale*, 1er juin 1882; *Soc. de chir.*, 24 mars 1886; *Union médicale*, 11 avril, et 9 mai 1886, et 26 janvier 1890).

moindre déboire, et mes malades ont parfaitement toléré leur canule.

M. Gouguenheim dit encore : « J'ai observé des malades qui avaient subi la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, et il m'a semblé que cette opération, en rendant très difficiles les mouvements des deux cartilages l'un sur l'autre, pouvait avoir, au point de vue de la fonction vocale, des conséquences que je crois devoir signaler à l'attention des membres de la Société de chirurgie. » Ceci manque de précision ; les malades qu'a vus M. Gouguenheim ont-ils pu avoir une altération de la fonction vocale, ou bien l'eurent-ils réellement? Quand les a-t-il observés, portant leur canule, ou après guérison complète? Pour mon compte, j'ai opéré surtout, comme lui, « des tuberculeux, des syphilitiques et des cancéreux ». Les tuberculeux et les cancéreux sont morts au bout de quelques mois, les syphilitiques ont porté leur canule indéfiniment ; chez aucun je n'ai dû me livrer à une étude minutieuse de la voix. Tout ce que je puis dire, c'est que jamais je n'ai vu irritation ni douleur du côté des cordes vocales. Déjà M. Desprès, dans nos discussions, avait prétendu que le voisinage de la glotte aurait de fâcheuses conséquences ; mais je n'ai rien observé de semblable, et l'argument me paraît imaginé pour les besoins de la cause.

J'ai le regret de voir que mon ami Gouguenheim n'a pas été convaincu des bons effets de la laryngotomie par une opération que j'ai faite à un de ses propres malades et dont il a vu de près les suites. Le 17 octobre 1892, à 2 heures du matin, on m'appelle en toute hâte auprès d'un Chilien que soignait notre collègue pour un rétrécissement syphilitique du larynx. Au moment où j'arrive, le malade est mourant, on lui donne l'extrême-onction ; je m'approche de son lit, je touche avec l'ongle de mon index gauche le bord inférieur du thyroïde, je fais au-dessous une incision de 1 centimètre ; d'un second coup de bistouri je ponctionne la membrane et j'introduis la canule à bec. L'opération ne me demanda pas plus de temps que je n'en mets à vous la décrire ; le malade fut ressuscité. Je pense que, si M. Gouguenheim avait été là, il aurait trouvé la manœuvre si simple qu'il n'aurait plus songé à perfectionner la trachéotomie. Malheureusement, il ne vit son malade qu'au lever du jour ; du moins ce qu'il vit alors eût-il dû l'empêcher d'écrire ce que je vous ai dit. La canule n° 1 de la filière Charrière, d'un calibre inférieur à 9 millimètres, suffisait largement à la respiration ; elle tenait très bien, ne se dérangeait pas, ne causait aucune douleur. Tous les mouvements du cou étaient libres, donc elle ne rendait pas « très difficiles les mouvements des deux cartilages l'un sur l'autre ». Elle fut changée trois semaines plus tard pour une autre identique. Entre temps, M. Gouguenheim avait repris le

traitement de la sténose laryngée et pratiquait des examens laryngoscopiques ; mais le malade n'eut pas assez de patience et retourna au Chili avec sa canule, dont il s'accommodait fort bien.

Ce qui manque à M. Gouguenheim et à beaucoup d'autres, c'est d'avoir vu faire l'opération comme elle doit être faite et d'oser la faire simplement. Je l'ai répété maintes fois, tout ce qu'on a écrit sur le manuel opératoire est erroné ; l'anatomie de la région est nulle, les dangers n'existent pas. Ceux qui enseignent une incision longue, une dissection lente avec des écarteurs et un attirail hémostatique, font fausse route et démontrent mal les avantages que peut avoir une manœuvre si délicate sur l'ancienne trachéotomie. Ils donnent aux médecins l'impression d'une opération nouvelle à apprendre et d'une éducation à recommencer ; tous reculent devant l'inconnu. Si, au contraire, on voit les choses en chirurgien, tout est simple, élémentaire, et l'opération se décrit en quelques mots : prendre comme point de repère le bord inférieur du thyroïde sur la ligne médiane, le soulever pour agrandir l'espace ou, ce qui revient au même, défléchir légèrement la tête, puis, avec le bistouri, *faire un trou* et passer la canule à bec. On voit à peine un filet de sang, quelquefois rien, et l'opération dure une minute, ce qui n'est pas sans intérêt dans les cas d'asphyxie rapide.

Un jour, un de mes internes, qui connaissait bien ma pratique, se présentait à l'examen de médecine opératoire ; justement, son examinateur lui demande une laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Très imbu de mes principes, il exécute l'opération comme je vous l'ai décrite ; en un instant il avait placé la canule. Grand étonnement de l'examinateur, qui adresse au candidat de vives remontrances pour n'avoir pas procédé avec méthode et n'avoir pas fait une longue incision, placé des écarteurs à droite et à gauche, disséqué couche par couche, etc. Mon élève, d'un caractère assez indépendant, lui répond : « C'est ainsi que j'ai vu opérer M. Richelot, je n'opérerai jamais autrement. » L'examinateur était homme d'esprit ; il s'inclina doucement et reçut le candidat.

Quelle morale devons-nous tirer de cette histoire ? Je reconnais volontiers que, dans un examen, ce qu'on demande à l'élève, c'est un exercice réglé, une manœuvre par temps successifs, qui montre si la main est sûre et habile à manier les instruments, et j'aurais mauvaise grâce à nier qu'à ce point de vue notre collègue avait raison. Mais, d'autre part, puis-je en vouloir à mon interne d'avoir exécuté sans lenteurs inutiles une opération qu'on pratique souvent d'urgence, sans outils et sans aides, d'avoir fait, en un mot, l'opération comme elle doit être faite ?

J'y tiens absolument, c'est ainsi qu'il faut opérer pour que la laryngotomie constitue un réel progrès ; c'est ainsi qu'elle est facile,

bénigne, à la portée de tous. Du moins est-elle facile, très facile, dans l'immense majorité des cas ; et si parfois la situation est plus délicate, c'est pour faire ressortir encore mieux ses avantages. En voici un exemple :

Un sculpteur renommé mourut, il y a deux ans, d'un cancer du larynx. M. Poyet lui donnait des soins et l'avait prévenu qu'il serait bientôt urgent d'ouvrir les voies aériennes. On vint me chercher, le 5 avril 1894, à 6 heures du matin, pendant une absence de M. Poyet ; l'asphyxie était imminente et je n'hésitai pas. Tout d'abord mon embarras fut grand ; c'était un homme de 72 ans, d'une santé vigoureuse, d'un courage à toute épreuve, mais il avait un cou gros et court au milieu duquel on ne distinguait rien, ni larynx ni trachée. En examinant comme je pouvais, malgré la dyspnée extrême et les mouvements incessants, j'arrivai à reconnaître que, dans l'inspiration, le larynx plongeait littéralement, se cachait tout entier derrière le sternum et le dépassait à peine dans l'expiration pour disparaître aussitôt ; la trachée, à plus forte raison, n'était accessible à aucun moment. J'aurais bien voulu voir manier le thermo-cautère et la sonde cannelée dans un cas pareil. J'explorai avec patience, et comme il y avait une zone tuméfiée autour du larynx, mon doigt ne pouvait sentir le bord inférieur du thyroïde qui, dans ses mouvements désordonnés, se dérobait à la pression. Le seul point de repère que je pus saisir au passage fut la saillie du cricoïde ; c'est elle, d'ailleurs, que j'ai signalée, lors de mes premières opérations, comme étant toujours très nettement accentuée chez l'adulte et pouvant guider sûrement quand les limites du thyroïde échappent à l'examen. Voici donc comment je procédai : pendant un mouvement d'expiration, j'appuie mon index gauche dans le creux sus-sternal, je touche le cricoïde au moment où il apparaît et, au-dessus de mon doigt, je fais une courte incision ; l'inspiration arrive, le larynx fuit sous le bistouri et s'enfonce dans la poitrine. Au second mouvement ascensionnel, j'approfondis l'incision ; au troisième, je pique la membrane au vol, le larynx disparaît encore ; au quatrième, j'enfonce la canule, l'air pénètre et le malade est soulagé. Je m'étais muni, comme je le fais toujours, d'une canule de 10 millimètres et d'une canule d'enfant ; c'est de la seconde que je me servis, pour être sûr de ne pas manquer l'espace et de l'enfoncer d'un seul coup. Elle était suffisante, car un adulte peut respirer, en marchant, à travers un simple cure-dent tenu dans la bouche. Mais comme elle était petite et mobile, elle sortit de la plaie dans la journée ; un de mes internes, placé auprès du malade, la remplaça par celle de 10 millimètres, qui fonctionna très bien.

Malheureusement, avant d'opérer, j'avais trouvé à l'auscultation

des râles sibilants dans toute la poitrine, et j'eus bientôt la preuve que la sténose laryngée était la moindre cause de l'oppression. Le soulagement très réel que le malade éprouva ne dura qu'une partie de la journée, malgré l'application de ventouses, de sinapismes etc. La nuit fut mauvaise, la congestion pulmonaire fit de rapides progrès et le malade, comprenant bien la situation, toujours courageux et souriant au milieu des siens, s'éteignit à la fin du second jour.

Je ne puis donner cette opération comme ayant été facile. Néanmoins elle ne m'a demandé qu'un peu de sang-froid et de précision dans les mouvements; comme toujours, la région à traverser était simple, sans vaisseaux ni organes dangereux. Au contraire, la trachée était inabordable, entièrement cachée derrière le sternum et les troncs veineux brachio-céphaliques; un chirurgien ne sachant pas ouvrir le larynx, aurait dû se retirer sans rien faire. Donc, s'il y a des cas où la laryngotomie n'offre pas toute la facilité qui est son mérite ordinaire, dans ces cas-là, elle est seule possible et par suite elle conserve toute sa supériorité.

Je terminerai ce rapport en opposant aux conclusions de M. Gouguenheim quelques propositions qui résument ce que j'ai écrit antérieurement sur la laryngotomie.

Et d'abord, il est bien entendu qu'il s'agit en ce moment de l'ouverture des voies aériennes *chez l'adulte*, car jusqu'à douze ans, disent les auteurs, et même un peu plus tard, il n'y a pas de place pour une canule entre les deux cartilages du larynx.

Il semble vraiment qu'après nos discussions à la Société de chirurgie, la laryngotomie eût dû être adoptée d'une façon générale. Or, il n'en est rien; c'est toujours de la trachéotomie qu'on parle et c'est elle qu'on pratique à tous les âges ; les médecins n'ont pas écouté ce que nous disions alors, et paraissent ignorer qu'il y a là, tout près, une opération toujours plus facile. Je trouve donc utile de revenir sur cette question, et de répéter aux praticiens, aux internes de nos hôpitaux, que la trachéotomie chez l'adulte est une opération dangereuse, aléatoire et que, dans une foule de cas, la laryngotomie doit lui être préférée.

Déjà, en 1853, Decès (de Reims), pour éviter les gros vaisseaux, propose d'ouvrir la trachée tout près du cricoïde. Nélaton, montant un peu plus haut, résèque un fragment du cartilage pour placer la canule, parce qu'il ne sait pas que l'espace membraneux est suffisant pour lui donner passage; plus tard, au lieu de continuer dans cette voie, les chirurgiens, toujours ignorants de l'espace membraneux, redescendent et cherchent à prévenir l'hémorrhagie avec le galvano-cautère. Enfin, Krishaber est amené par le hasard à placer la canule entre les deux cartilages; il pense avoir inventé

cette manœuvre; on découvre que Vicq-d'Azyr en a eu l'idée première, que Gross, à Philadelphie, et Erichsen, à Londres l'ont déjà préconisée et, somme toute, la chirurgie est dotée d'une nouvelle et précieuse ressource, que nous ne devons pas laisser péricliter.

Si on essaie de comprendre l'opération d'après les descriptions qu'en ont données quelques thèses, on n'est pas frappé tout d'abord de sa supériorité. On a refait l'anatomie de la région, énuméré des couches, pris des mesures; on a divisé la laryngotomie en temps successifs, on l'a compliquée à plaisir, si bien que la lecture en donne une très fausse idée. Ne la voyez et ne la faites pas ainsi. L'anatomie de la région est nulle : peau, tissu cellulaire, membrane crico-thyroïdienne, pas une veine, pas une artère sur la ligne médiane, des ramuscules insignifiants qui ne saignent pas; aucun organe, rien. Inutile de placer des écarteurs, inutile de disséquer couche par couche et de regarder ce qu'on fait. Aucun appareil instrumental qu'un bistouri et une canule à bec de Krishaber; aucune installation du malade. Défléchissez légèrement la tête en ramassant l'oreiller sous la nuque; mettez l'ongle de l'index au bord inférieur du thyroïde, sur la ligne médiane; incision d'un centimètre à partir de ce bord, second coup de bistouri pour le tissu cellulaire, un coup de pointe à la membrane — rien de plus — et introduction de la canule. Il faut moins d'une minute pour que tout soit fini. Je considère les descriptions détaillées comme superflues et nuisibles; si vous cherchez à faire mieux, vous faites plus mal, vous n'avez pas compris l'opération.

Bien que Trousseau ait recommandé les larges canules, il est amplement démontré qu'une canule de 9 à 10 millimètres, celle qui va toujours dans l'espace membraneux, suffit à la respiration chez l'adulte. Je l'ai vu fonctionner pendant de longs mois. Les dimensions de l'espace et de la canule ne fournissent donc pas d'objections sérieuses. On en a fait d'autres qui n'ont pas plus de valeur et que j'ai réfutées dans mon mémoire de 1886; je ne m'attarde pas à les reproduire.

Je ne veux pas dire que la laryngotomie n'ait jamais de contre-indication. Il est clair que, s'il s'agit d'un rétrécissement de la partie supérieure de la trachée, il faut bien ouvrir plus bas. Mais presque toujours on est libre de choisir, et on fait, selon moi, une véritable faute en ne choisissant pas l'opération la plus simple et la plus bénigne, celle qui peut éviter une catastrophe dans les cas de mauvaise installation ou d'urgence absolue, sans compter les autres.

Après avoir vu plusieurs trachéotomies désastreuses entre des mains habiles, j'ai fait aujourd'hui une quinzaine de laryngotomies, toujours avec la même facilité et sans le moindre accident. J'ai

donc le droit de répéter ce que j'ai dit ailleurs : « Chez l'adulte, quand on est libre de choisir entre l'ouverture du larynx et celle de la trachée, la première est préférable de tous points, la seconde est une imprudence ». C'est là une vérité à laquelle les médecins n'ont pas fait assez attention et qu'il me paraît utile de remettre en lumière.

Discussion.

M. Delorme. — J'ai pratiqué la section intercricothyroïdienne par un procédé analogue à celui de M. Saint-Germain. J'ai toujours constaté combien l'opération est sûre et n'ai jamais eu d'hémorrhagie ; je n'ai pas observé de troubles consécutifs de la voix.

M. Tuffier. — Je crois que l'opération a ses indications et ses contre-indications. Dans le cancer du larynx, la trachéotomie a cet avantage sur la section intercricothyroïdienne, c'est qu'on s'éloigne du mal, on a une chance d'avoir une plaie non envahie par le cancer.

M. Poirier. — Je suis, je l'avoue, le juge dont mon collègue et ami Richelot vient de raconter l'histoire ; grand partisan de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, plus facile et moins dangereuse que la trachéotomie, je persiste à penser qu'il y a tout avantage et nul inconvénient à faire cette opération en deux temps. Je n'aime pas ces trachéotomies express, faites en un temps, par ponction ; acceptables, et encore, pour le chirurgien très expérimenté, elles deviennent très aléatoires et dangereuses en des mains communes. Etant interne de Saint-Germain, j'ai fait 76 de ces trachéotomies en un temps, et maintenant, lorsque je dois ouvrir une trachée, je prends mon temps et des temps, car il est peu d'opérations plus délicates.

La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne est incomparablement plus facile, cependant il peut arriver que l'espace soit rétréci, comme cela se voit parfois chez les cancéreux et les syphilitiques, il se peut que les arcades vasculaires crico-thyroïdiennes aient un volume anormal ou que le ganglion pré-laryngé soit hypertrophié.

J'ai pratiqué cette opération quatre fois sur le vivant, rapidement et sans inconvénient ; mais je ne coupai la membrane qu'après la section des couches superficielles, dans un second temps. Sur plus de 150 répétitions de l'opération sur le cadavre, il m'est arrivé au moins trois fois de ne pouvoir insinuer la plus petite des canules de Krishaber. En résumé, dans un cas d'urgence extrême, je ponctionnerais, comme je l'ai fait une fois sur un sujet en asphyxie chloroformique ; dans les cas ordinaires, mieux est de procéder en deux temps et de reconnaître avant de couper.

M. Pozzi. — J'approuve M. Richelot, quant à la supériorité de la section intercricothyroïdienne chez l'adulte.

J'ai l'habitude de fixer le bord inférieur du cartilage thyroïdien avec un petit crochet, cela facilite l'opération.

M. Félizet. — J'ai pratiqué cette opération et je me joins à M. Poirier pour m'élever contre la simple ponction. On a objecté que l'opération pourrait gêner la phonation. Un de nos confrères opéré porte sa canule depuis deux ans sans aucune gêne, je suis donc partisan de la section intercricothyroïdienne.

M. Quénu. — Je ne suis nullement hostile à la section intercricothyroïdienne, je crois cependant qu'il ne faudrait pas trop généraliser son emploi. Je m'associe par exemple aux remarques de M. Tuffier, relativement au cancer du larynx ; plus on s'éloigne du siège du néoplasme et moins on a chance de voir envahir par le cancer l'ouverture faite aux voies aériennes. Je rappelle à M. Richelot qu'un de ses opérés pour asphyxie due à un cancer de la base de la langue, dut être trachéotomisé par le professeur Richet un mois après.

M. Richelot. — Je suis d'accord avec mes collègues sur l'existence de contre-indications. L'espace n'est pas toujours suffisant chez les vieux, c'est vrai, je l'ai constaté une fois ; défléchissez la tête, vous augmenterez l'espace.

Présentation de malades.

Traitement opératoire de la tuberculose épididymaire,

Par M. QUÉNU.

La tendance actuelle de la plupart des chirurgiens, vis-à-vis d'une lésion tuberculeuse de l'épididyme, est plutôt abstentioniste, au moins dans notre pays.

Il me suffit de renvoyer à ce qu'ont écrit là-dessus Monod et Terrillon dans leur *Classique monographie* et, plus récemment, Reclus dans le *Traité de chirurgie*. L'épididyme seul est atteint : « En cette occurrence nous n'intervenons guère », dit M. Reclus ; tout au plus se borne-t-il à ouvrir les abcès à dilater les fistules. « On pourra, ajoute-t-il, racler à la curette tranchante, ou mieux, selon la pratique de Humbert, enlever au bistouri l'épididyme malade en respectant le testicule ».

Je pense, quant à moi, qu'il y a tout intérêt à ne pas laisser dans

l'épididyme un foyer tuberculeux quelconque, ramolli ou non. D'autre part, je suis absolument d'avis qu'il faut être très sobre de castrations; le testicule qu'on laisse n'a pas seulement une valeur morale, il n'est pas déraisonnable d'admettre que, bien que privé de voies d'excrétion, il continue à exercer sur le système nerveux général une influence considérable, d'autant plus que, même après la destruction totale de l'épididyme par la curette, il garde son volume et sa consistance normales, ainsi que j'ai pu m'en assurer sur un malade revu au bout de cinq ans et chez lequel j'avais supprimé par le curettage tout l'épididyme devenu caséeux. J'estime donc qu'il y a tout intérêt, d'une part, à conserver autant que possible la fonction testiculaire, d'autre part, à supprimer au plus tôt tout foyer caséeux épididymaire, c'est la pratique que j'ai adoptée depuis plus de huit ans et je n'en ai obtenu que de bons résultats dont quelques-uns datent de cinq et huit ans.

L'extirpation de l'épididyme au bistouri ne me semble pas devoir être préférée au curettage, elle nécessite bien plus de délabrements, ouvre des voies sanguines nombreuses à l'infection bacillaire, ne tient pas compte du travail d'enkystement qui a déjà commencé à se produire. Nous nous bornons à l'opération suivante :

Ne s'agit-il que de petits noyaux déposés à froid, soit dans l'épididyme, soit dans le canal déférent, nous saisissons avec la main gauche le testicule et faisons saillir le noyau induré sous la peau.

Une incision de 3 ou 4 centimètres ouvre le foyer, deux pinces de Kocher saisissent les lèvres de l'ouverture et la curette a vite fait de nettoyer la petite caverne tuberculeuse, nous touchons la surface cavitaire seulement avec le chlorure de zinc au 1/10e, et si la cavité est petite, nous n'hésitons pas, après avoir bien fait l'assèchement, à tenter la réunion primitive à l'aide de catguts profonds et superficiels.

Lorsque le foyer tuberculeux est plus important, nous ne réunissons pas profondément et nous nous bornons à bourrer la cavité avec de la gaze iodoformée. Nous avons conservé le testicule dans des cas où les noyaux paraissaient s'y enfoncer ; nous nous sommes bornés à les ouvrir et à en faire le nettoyage.

Je vous présente aujourd'hui un malade âgé de 48 ans, opéré par moi il y a cinq semaines d'une double lésion tuberculeuse de l'épididyme. Du côté gauche il existait une hydrocèle volumineuse; l'évacuation du liquide nous assura que cet épanchement était sous la dépendance d'une grosse masse coiffant le testicule et appartenant à l'épididyme. Du côté droit, pas trace d'hydrocèle, noyau dur du volume d'un gros pois dans le corps de l'épididyme; aucun noyau dans le cordon, dans la prostate, ni dans les vésicules séminales, pas de lésions pulmonaires. Le 14 mars, nous avons pratiqué l'opération suivante : à

droite, nous avons incisé le noyau, cureté la cavité, cautérisé et réuni. à gauche nous avons fait une petite ouverture à la vaginale, afin d'évacuer le liquide, puis sur le bord supérieur de l'épididyme, tenu entre les doigts de la main gauche, nous avons fait une incision de 4 à 5 centimètres.

Une énorme masse caséeuse avait envahi l'organe épididymaire d'un bout à l'autre ; après un nettoyage minutieux, nous replaçons la masse testiculaire dans le scrotum, le drainage étant assuré par une large mèche de gaze iodoformée. L'incision cutanée fut rétrécie par trois points de suture. Le pansement fut refait tous les deux jours, et le 7 avril, soit 24 jours après l'opération, la cicatrisation était absolument complète. Quant au côté droit, la réunion primitive fut d'emblée obtenue.

M. PICQUÉ présente en son nom et au nom de M. Febvre, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Ville-Evrard, une malade atteinte d'un volumineux kyste dermoïde du plancher de la bouche.

M. AGOPOFF présente un bouton destiné à la gastro-entérostomie (M. Chaput, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
QUÉNU.

Séance du 6 mai 1896.

Présidence de M. CH. MONOD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques des deux dernières semaines;

2° Une note de M. DELAGÉNIÈRE (de Tours), dont M. Nélaton est nommé rapporteur ;

3° Une lettre de M. BOUILLY et une autre de M. SEGOND qui demandent un congé.

M. Moure fait une communication sur le *Traitement des otorrhés chroniques* (M. Peyrot, rapporteur).

Discussion sur la lithiase de la vésicule biliaire.

M. P. Michaux. — L'intéressante communication de notre collègue M. Tuffier soulève pour la première fois devant la Société de chirurgie la question de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire, et particulièrement dans la lithiase de la vésicule biliaire, de beaucoup la plus fréquente.

Dans un rapport que j'ai présenté à la Société, sur une observation de cholécystentérostomie adressée par notre collègue M. Ricard, j'ai longuement insisté sur ce double fait : 1° que la lithiase vésiculaire était bien plus fréquente que la lithiase du canal cholédoque ; 2° que la lithiase des canaux intrahépatiques était plus exceptionnelle encore et ne se rencontrait guère que consécutivement à la lithiase du canal cholédoque. — La disposition anatomique de la vésicule, les replis du canal cystique, le rôle physiologique de la vésicule biliaire rendent parfaitement compte de cette particularité anatomo-pathologique.

La communication de M. Tuffier se divise en deux parties, l'une relative au diagnostic de la lithiase vésiculaire, l'autre plus importante relative à son traitement.

Je serai bref sur la question du diagnostic, bien que nos grands traités de médecine n'aient pas suffisamment décrit, à mon sens, les formes anormales de la lithiase vésiculaire, pourtant fort intéressantes.

Les cas de lithiase vésiculaire que j'ai rencontrés se sont présentés à moi sous des aspects divers : le plus ordinairement, en même temps que les signes rationnels de la lithiase biliaire, l'attention se trouvait appelée du côté de la vésicule par des signes locaux : vive douleur dans la région vésiculaire, existence d'une fistule biliaire persistant depuis longtemps.

Comme l'ont très bien indiqué Courvoisier et Terrier, la dilatation de la vésicule est rare dans la lithiase vésiculaire ; je ne l'ai rencontrée qu'une fois simulant une tumeur du rein en avant duquel elle se trouvait située. Le plus ordinairement, la vésicule est petite, retractée, douloureuse, ne débordant pas le bord inférieur du foie, non sensible par conséquent, et ne se traduisant guère que par une tension spéciale du ventre supérieur du muscle droit de l'abdomen due sans doute à la crainte de la douleur que provoque la palpation. Parmi les faits anormaux particulièrement intéressants,

je rappellerai trois observations que j'ai déjà citées dans ma communication au 6e Congrès français de chirurgie :

La première est celle d'une femme de 69 ans qui fut apportée dans le service de M. Labbé à l'hôpital Beaujon, le 3 août 1891, avec des accidents de hernie ventrale ou latérale étranglée : nausées, vomissements, absence de matières et de gaz, datant de trois jours, petite tumeur maronnée du flanc droit, absolument saillante sous la peau ridée et amincie de son abdomen.

L'opération fut faite le 5 août par M. Veslin, interne du service, en ma présence, et nous fûmes bien surpris de constater, après la section de la paroi, qu'il s'agissait d'une vésicule biliaire à parois épaissies contenant un gros calcul ovoïde de la dimension de la dernière phalange du pouce. Je pratique alors l'ablation du calcul, puis l'extirpation de la vésicule, opération laborieuse en raison d'adhérences multiples aux organes voisins. Mais la malade ne supporte pas cette grosse opération et succombe le lendemain, à une heure et demie du soir.

La seconde observation n'est pas moins intéressante au point de vue du diagnostic.

En mars 1892, une femme de 46 ans vient me trouver au petit hôpital Saint-Michel pour une tumeur occupant la région iliaque de la paroi abdominale et remontant à six ans. Cette tumeur du volume d'une mandarine, n'a pas de contours précis; perdue au milieu de la graisse de la paroi abdominale, elle n'a aucune connexion profonde appréciable ni avec les organes génitaux internes, ni avec la fosse iliaque, ni avec l'épine iliaque antérieure et supérieure ; elle paraît développée dans la paroi et commence à constater quelques adhérences avec la peau au niveau de sa partie interne ; sa consistance est ferme sans être dure. Nous croyons à un fibrolipôme mal circonscrit de la paroi abdominale.

Le 29 mars je pratique l'extirpation : la tumeur est artificiellement séparée de la graisse ambiante avec laquelle elle se confond en tous points. Cette séparation nous conduit ainsi vers une portion rétrécie qui adhère tellement au péritoine que je suis obligé de fendre celui-ci. Quelle n'est pas ma surprise, en explorant avec le doigt la boutonnière ainsi faite de constater que le pédicule se continue dans l'intérieur de la cavité abdominale par un long trajet qui remonte vers le foie et n'est autre manifestement que la vésicule biliaire épaissie dans laquelle on sent nettement un gros calcul biliaire.

J'agrandis mon incision abdominale, je mets à nu la vésicule que je détache facilement et que j'extirpe après avoir constaté l'absence de toute concrétion biliaire appréciable dans le cholédoque.

Le troisième fait est celui de cette vésicule dilatée qui avait tous les caractères d'une tumeur rénale, plus saillante seulement en avant qu'en arrière dans la fosse lombaire.

A l'ouverture de la paroi, nous trouvons une vésicule du volume d'une grosse poire, recouverte d'une mince languette du bord inférieur du foie qui s'étale à sa surface et descend notablement au-dessous des fausses côtes. — Extirpation, guérison complète en quinze jours sans aucune fistulation. — La vésicule contenait beaucoup de liquide bilieux et quatre ou cinq calculs blanchâtres.

Mais la question véritablement intéressante, celle qui mérite d'être discutée, c'est la question du traitement chirurgical de la lithiasebiliaire vésiculaire.

Notre collègue M. Tuffier nous apporte treize cas de lithiase traités par la *cholécystostomie*, c'est-à-dire par l'ouverture de la vésicule avec fixation première ou secondaire à la paroi abdominale. — Sur ces treize cas, notre collègue a eu trois morts, dont une seule, nous a-t-il dit, imputable à des accidents opératoire. — Pour lui la *cholécystostomie* est *l'opération de choix dans le traitement de la lithiase vésiculaire;* cette opinion sst celle de bon nombre de chirurgiens, à la tête desquels marche Lawson Tait. — Il est entendu, d'ailleurs, que bon nombre de ces opérations sont simplement désignées sous le titre de cholécystotomie, et qu'il n'y a qu'une nuance opératoire négligeable entre la *cholécystotomie ou taille biliaire* et la *cholécystostomie.*

Ce que le chirurgien cherche en cas de lithiase vésiculaire, c'est presque toujours bien plus l'ouverture de la vésicule et l'extraction des calculs par cet orifice que le maintien de l'orifice créé artificiellement quelle que soit d'ailleurs l'importance du rôle secondaire dévolu à cette fistulisation voulue.

A l'inverse de notre collègue, à l'exemple de Langenbuch, de Thiriar, de Terrier et de bien d'autres chirurgiens tant en France qu'à l'étranger, sur les quinze cas de lithiase biliaire que j'ai opérés, j'ai eu presque toujours recours à l'*extirpation de la vésicule biliaire*, à la *cholécystectomie.*

Depuis le 18 février 1889, date de ma première opération, une des premières pratiquées en France, j'ai fait douze cholécystectomies; dix de ces opérations étaient simples, deux ont été compliquées de *cholédocotomie.* — J'ai perdu deux malades sur les dix de la première catégorie, une sur les deux de la seconde; soit, au total, trois malades mortes sur douze.

Deux de ces malades étaient âgées, elles avaient plus de 65 ans. Je n'aurais pas dû leur faire une opération d'extirpation de la vésicule, compliquée même de cholédocotomie chez l'une d'elles; il eût fallu se borner à une simple cholécystostomie pour parer à l'obstruction biliaire. — La troisième était une femme d'environ 50 ans, forte et grasse que j'ai opérée à l'hôpital Saint-Louis pen-

dant les vacances de 1891 ; j'avais à ce moment quatre services de remplacement, tous très chargés, et la malade que j'avais vue la veille en assez bon état est morte au bout de quarante-huit heures d'accidents peut-être péritonéaux. Je n'ai pu reconstituer l'histoire précise.

En regard de ces douze cholécystectomies, je n'ai trouvé que trois fois l'occasion de pratiquer la cholécystostomie, et j'ai perdu une de ces trois malades, bien que l'opération ait été très rapidement menée et qu'elle dût donner *a priori* un excellent résultat.

Les résultats que j'apporte sont donc fort comparables à ceux de notre collègue M. Tuffier, et la question du traitement chirurgical de la lithiase biliaire se trouve très nettement posée de la manière suivante : en présence d'un ou d'une malade atteinte de poussées plus ou moins intenses, plus ou moins répétées de coliques hépatiques, avec ou sans ictère, lorsque les crises douloureuses vont en augmentant d'intensité ou en se rapprochant, lorsque l'état général s'en ressent et que le traitement médical et hydrothérapique est resté sans résultat, si vous avez en même temps des signes locaux appelant votre attention du côté de la vésicule, le traitement chirurgical s'impose ; vous avez le choix entre deux opérations : la cholécystostomie entendue dans son sens le plus large, comme je l'envisageais tout à l'heure, et la cholécystectomie ou l'extirpation de la vésicule biliaire.

Voyons, pour trancher la question :

1° Quelle est l'opération la plus simple ;

2° Quelle est l'opération la plus bénigne ;

3° Quelle est l'opération la plus radicale.

1° *Quelle est l'opération la plus simple?* — Au premier abord et *a priori*, la *taille biliaire*, suivie ou non de fixation à la paroi, est l'opération la plus simple.

Mais cette simplicité est souvent plus théorique que pratique : il ne suffit que rarement, dans les cas que nous envisageons, d'ouvrir la vésicule, presque toujours il faut la débarrasser des calculs qu'elle renferme. — Ces manœuvres d'extraction des calculs sont souvent fort pénibles : les calculs sont volumineux, ou petits et fuyants, ou enchatonnés soit dans la vésicule, et particulièrement à son collet, soit entre les replis muqueux ou valvules du canal cystique. Si l'incision est petite, les manœuvres des instruments d'extraction sont difficiles ; si l'incision est grande, il peut s'écouler des liquides souvent septiques et il n'est pas toujours facile de protéger efficacement la grande cavité péritonéale.

En second lieu les parois de la vésicule sont souvent friables et, malgré toutes les précautions prises, on est exposé à déchirer la

vésicule soit avec les pinces qui maintiennent son ouverture, soit avec les instruments destinés à extraire ou à broyer les calculs.

Enfin la vésicule calculeuse est souvent petite, rétractée (Courvoisier-Terrier). Alors son accès est difficile; plus difficile encore, sinon impossible, cst la fixation à la paroi.

J'ai pu à grand'peine, dans ma dernière opération de cholécystostomie pour lithiase biliaire avec angiocholécystite, fixer la vésicule à l'aponévrose abdominale par quatre points de suture.

Si vous ouvrez la vésicule avant de la fixer, vous risquez l'infection même en ayant soin de vider la vésicule préalablement avec une aiguille aspiratrice; si vous fixez la vésicule avant de l'ouvrir, les manœuvres d'extraction sur les calculs deviennent tout à fait imparfaites et aveugles.

Au contraire, en dehors des cas où la vésicule adhère de toutes parts à l'épiploon et aux viscères avoisinants, cas dans lesquels la cholécystostomie elle-même est fort imparfaite et difficile, la *cholécystectomie* pour celui qui en a l'habitude et le maniement, n'est pas une opération bien difficile.

J'ai indiqué dans ma communication au 6e Congrès français de chirurgie les règles opératoires que je suis habituellement.

Grande incision au bord externe du muscle droit, remontant même un peu sur la base de la cage thoracique;

Relèvement énergique du foie par la main d'un bon aide;

Incision en fer à cheval du péritoine mésocystique;

Décollement de la vésicule avec le doigt comme dans l'ablation des annexes par laparotomie. Ligature quadruple et soignée sur le canal cystique. Vaste drainage.

L'opération ainsi conduite, dans la majorité des cas, est simple et pas beaucoup plus longue qu'une cholécystostomie avec extraction des calculs.

Je dirai plus loin, en terminant, qu'il y a des cas où la cholécystostomie est formellement indiquée, et je répète que je ne compare en ce moment les deux opérations que dans les cas où elles sont toutes deux praticables et sujettes à discusion.

2° *Quelle est l'opération la plus bénigne?* — Je crois en toute sincérité que les deux opérations se valent. La statistique de Tuffier donne 13 cholécystostomies, 3 morts. La mienne n'en diffère guère :

10 cholécystectomies simples............	2 morts.
2 cholécystectomies avec cholédocotomies.	1 —
3 cholécytostomies......................	1 —

Si j'additionne les faits apportés au 6e Congrès français de chirurgie, je trouve :

8 cholécystectomies de M. Terrier...	1 mort	7 guérisons.
2 cholécystectomies de M. Terrillon.........		2 —
2 cholécystectomies de M. Michaux		2 —
1 cholécystectomie de M. Duret.............		1 —

soit 13 cholécystectomies avec 1 seule mort.

et au même congrès 18 opérations de cholécystostomies ou tomies avec 5 morts et 2 résultats imparfaits, dont l'un a nécessité une cholécystectomie secondaire (Léonte, de Bucharest).

Mais je ne veux pas discuter sur ces chiffres, ni donner à ces additions une valeur qu'elles n'ont pas à mes yeux; je ne les cite que pour montrer qu'il y a quatre ans la cholécystectomie donnait chez nous d'aussi bons résultats que la cholécystostomie.

La thèse de Calot contient 78 faits d'extirpation de la vésicule avec une mortalité brute de 17,9 0/0 et corrigée de 9 0/0 environ. Les statistiques de Courvoisier, nous montrent que les deux opérations ne diffèrent guère, et si Lawson Tait obtient avec la cholécystotomie des résultats magnifiques, on peut sans crainte mettre en regard les résultats que la cholécystectomie a donnés à des opérateurs comme Langenbuch à Berlin et Terrier en France.

3° *Quelle est l'opération la plus radicale?* — Ici l'avantage est incontestablement à la cholécystectomie : la lithiase biliaire est presque toujours, je devrais dire toujours primitivement vésiculaire; supprimer la vésicule en temps voulu, c'est enlever la cause même du mal; se borner à l'ouvrir, c'est ou bien laisser persister un foyer inflammatoire mal éteint, ou bien conserver un réservoir capable de reproduire des calculs, ou enfin s'exposer à un écoulement bilieux persistant pendant un temps plus ou moins long.

Je serai bref sur les accidents éloignés de suppuration ou de formation de nouveaux calculs, il ne serait pas difficile de trouver dans les statistiques de cholécystostomies un certain nombre d'opérations incomplètes ayant nécessité l'extirpation secondaire de la vésicule biliaire.

La *fistulisation persistante* constitue le gros reproche que l'on est en droit de faire à la cholécystotomie. Sans doute, les partisans de cette opération soutiennent qu'elles ne sont pas aussi fréquentes et aussi graves qu'on a bien voulu le dire; sans doute, notre collègue Tuffier nous dit qu'il n'a pas eu une seule fistule persistante sur ses 13 opérations, mais tous les chirurgiens n'ont pas été aussi heureux que lui; dans une thèse toute récente le Dr Longuet, étudiant les empyèmes non calculeux de la vésicule, nous donne

32 cholécystostomies avec 8 morts, soit une mortalité brute de 25 0/0 et sur 23 observations détaillées, il relève 16 fistules dont 13 permanentes; 3 seulement s'oblitérèrent spontanément 1 après quelques mois, 1 après cinq mois, 1 après deux ans (Riedel). Sur les 13 fistules permanentes, on tenta six fois la cure chirurgicale : 4 insuccès complets, 1 mort, 1 seule guérison.

L'écoulement de la bile n'est pas une simple infirmité; lorsqu'il est abondant, la déperdition de ce liquide si utile à la digestion et à la circulation des matières dans l'intestin entraîne un amaigrissement et parfois même une cachexie qui ne sont pas négligeables. La fistule est de plus une porte ouverte à l'infection biliaire et cet argument de valeur vient s'ajouter à tous ceux que nous venons d'énumérer pour démontrer surabondamment que la cholécystostomie est une opération beaucoup moins radicale que l'extirpation de la vésicule dans les cas de lithiase biliaire vésiculaire.

J'ajouterai que l'étude des résultats éloignés de mes cholécystectomies et de celles de nos collègues démontre qu'après la cholécystectomie la guérison est presque toujours complète, radicale; il n'y a plus de douleurs, plus de coliques hépatiques, les fonctions digestives s'exécutent parfaitement, les malades engraissent, se portent à merveille et je ne connais pas, pour ma part d'opérés plus reconnaissants que les opérés d'extirpation de la vésicule biliaire. J'ai revu cette année même mes deux premiers opérés qui datent de six et sept ans; tous deux vont très bien et n'ont plus eu aucune souffrance alors qu'ils étaient atteint depuis plusieurs années de fistules biliaires persistantes dont ils étaient incommodés au plus haut degré.

En résumé, la *cholécystectomie*, dans les cas ordinaires de lithiase vésiculaire que j'ai eu seuls en vue dans cette étude comparative me paraît une opération *presque aussi simple*, à coup sûr *aussi bénigne* et *plus radicale* que la *cholécystostomie* et pour ces raisons, je lui donne la préférence toutes les fois que les conditions d'âge et d'état général se trouvent remplies.

Je crois, en effet, qu'il ne faut pas faire d'opération et surtout pas d'opérations longues et délicates aux personnes âgées, à celles qui ont un foie, des reins, un cœur en mauvais état. C'est pour cela que j'attache une grande importance à l'étude de la fonction glycogénique, à l'excrétion de l'urée; je ne crois pas qu'il soit prudent d'opérer des malades qui ont le foie gros, chez lesquels l'épreuve de la glycosurie alimentaire et le dosage de l'urée donnent des résultats suspects ou mauvais.

Si l'opération s'impose, il faut recourir à l'intervention la plus simple, limiter le nombre et la durée des manœuvres opératoires; en observant strictement ces grandes contr'indications, je suis

persuadé qu'on obtiendra des résultats excellents des deux opérations que je viens de comparer et particulièrement de l'extirpation de la vésicule biliaire.

Cette cholécystectomie appliquée à la lithiase biliaire ne reconnaît, en dehors des conditions générales que j'étudiais plus haut, que deux contr'indications locales, si je puis m'exprimer ainsi, l'étendue des adhérences péricystiques et l'obstruction du cholédoque.

Il est évident qu'on ne se lancera pas dans une extirpation qui devrait durer trop longtemps et qui exposerait le chirurgien à ouvrir un segment d'intestin, mais l'habileté que donne l'expérience et l'habitude de ces opérations restreint singulièrement le nombre de ces faits; quant à l'obstruction du cholédoque, comme cette obstruction ne peut guère être qu'une obstruction calculeuse, la cholédocotomie, associéeà la cholécystectomie, permet de lever simultanément les deux obstacles, comme j'ai eu occasion de le faire deux fois, et j'ai montré à ce propos tout le parti qu'on pouvait tırer d'une cholécystectomie préalable pour se guider vers un calcul du cholédoque et en pratiquer l'extration.

M. Broca. — J'ai recueilli trois observations fort analogues à celles dont M. Tuffier nous a récemment entretenus. L'une d'elles, en particulier, concerne une femme chez laquelle la tumeur due à la vésicule ressemblait à un rein mobile : le diagnostic exact fut porté par mon ami Hartmann qui, après avoir fait refouler par un aide la tumeur en haut et à gauche, put sentir par le ballottement l'extrémité inférieure du rein droit ; le liquide, eau de roche, fut analysé par M. Winter qui n'y trouva pas de pigments biliaires. Dans un autre cas, qui remonte à 1890 et est relaté dans la thèse de Calot, il s'agissait d'une cholécystite calculeuse suppurée, que certains cliniciens avaient prise pour un kyste hydatique du foie.

J'admets donc, avec M. Tuffier, que le diagnostic de la lithiase limité à la vésicule n'est pas toujours très facile. Je signalerai encore la possibilité d'une erreur avec certaines cholécystites non calculeuses, ayant causé des adhérences de la vésicule au côlon : récemment j'ai opéré une dame de 45 ans, chez laquelle, après avoir libéré ces adhérences, je n'ai pas trouvé trace de calculs. L'opération aujourd'hui guérie, est trop récente pour que je puisse parler du résultat thérapeutique.

Chez cette malade je n'ai pas ouvert la vésicule. Chez les trois autres, après avoir senti un calcul obstruant le col, j'ai pratiqué la cholécystectomie et j'ai eu trois résultats excellents à longue échéance : aujourd'hui je vois encore de temps à autre la malade que j'ai opérée en septembre 1893 et elle n'a plus jamais souffert.

Par la cholécystectomie, même dans un cas où le bactérium coli infectait la vésicule suppurée, je n'ai eu aucun revers et, lorsque, après laparotomie elle paraît aisée à pratiquer, je crois que c'est la méthode de choix, car elle met sûrement à l'abri de la récidive.

Je n'insisterai pas davantage, car j'ai voulu seulement rappeler les faits, publiés par moi dans la *Gazette hebdomadaire* (août 1894, p. 369).

Quant aux fistules persistantes dont M. Michaux accuse la cholécystectomie, je me demande si elles sont vraiment à redouter dans les cas, actuellement seuls en discussion, où la vésicule est seule prise, le canal cholédoque étant perméable.

Communication.

Sur un cas de luxation ischiatique ancienne et irréductible; excision de la tête fémorale; remarques sur une cause d'irréductibilité de ces luxations,

Par M. DELORME.

Le cas de décapitation du fémur que j'ai l'honneur de vous communiquer, n'ajoute pas seulement un nouveau fait à une histoire et à des statistiques qui ont besoin d'être étendues, il me permettra encore et surtout de signaler une cause spéciale d'irréductibilité de ces luxations.

Observation. — Mon parent, le nommé Sch..., âgé de 24 ans, chef de poste au Congo français, surveillait l'abattage de grands arbres, le 23 février 1895, lorsque se voyant sur le point d'être surpris par la chute de l'un d'eux, il s'écarte brusquement, tombe dans un trou et se sent violemment frappé au bas des reins. Ce sont les seuls souvenirs qu'il peut rappeler; il lui est impossible de préciser le mécanisme de la luxation.

Le membre inférieur droit était, nous dit-il, en flexion et en rotation interne, les douleurs éprouvées assez vives et la marche impossible.

A Loango, où il arriva trois jours après l'accident, le médecin de la station fait une première tentative infructueuse de réduction, la renouvelle sans plus de succès, huit jours plus tard et a recours à l'extension continue.

A Libreville, quelques semaines après on tenta quatre fois, en vain, de réduire la luxation sous le chloroforme. Une crépitation osseuse perçue pendant les manœuvres de réduction fait penser à une fracture du sourcil cotyloïdien. Nous verrons plus loin à quoi elle était due.

Je vois le blessé en juin, deux mois et demi après sa chute; il pré-

sente les signes d'une luxation en arrière, ischiatique; la cuisse est fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse ; la cuisse est en adduction, en rotation interne, le pied en équinisme et le membre raccourci de 10 centimètres.

Dans la région de la fesse, la tête globuleuse était nettement sentie et circonscrite, mais à l'encontre de ce qu'on a constaté souvent, les mouvements de flexion et de rotation imprimés à la cuisse, pas plus que des pressions directes, ne pouvaient changer sa position ; elle était absolument fixe. On ne sentait aucune masse dure en dehors d'elle. Le membre était à peine atrophié, les douleurs presque nulles, la marche impossible sans béquilles; la station assise, prolongée, pénible.

Mon malade qui avait fait un séjour de près de deux années au Congo avait le teint cachectique des paludéens ; il était irrégulièrement sujet à des accès fébriles ; sa face était bouffie et son abdomen volumineux. J'aurais désiré qu'il rétablisse sa santé générale avant de me laisser traiter sa luxation, mais la crainte de perdre un avancement très avantageux lui rendait toute expectation intolérable et je dus, sans tarder, arrêter mon plan d'opération. Je dis mon plan opératoire, car je ne pouvais plus compter, en effet, sur une réduction qui, tentée à une époque plus rapprochée de l'accident, avait six fois échoué.

L'arthrotomie simple, utilisée quatre mois et demi après le traumatisme était contre indiquée comme déjà tardive ; la résection de la tête et du col me semblait comporter un sacrifice exagéré; je m'arrêtai à la méthode conseillée par notre collègue M. Ricard, laquelle comporte la décapitation du fémur, le dégagement de la cavité cotyloïde comblée par la capsule et l'adaptation du col arrondi dans cette cavité. Le remarquable succès que notre collègue avait obtenu était bien fait pour m'engager à suivre sa conduite pour un malade chez lequel un déficit fonctionnel notable devait entraîner un changement de carrière. Il fut décidé néanmoins qu'un essai modéré de réduction, sous le chloroforme, serait encore tenté avant de m'adresser à la méthode sanglante.

Le 9 juillet 1895, c'est-à-dire plus de quatre mois et demi après la luxation, je fis cette opération avec l'assistance précieuse de M. le professeur Robert, de MM. Mignon, Cahier, Ferraton, professeurs agrégés du Val-de-Grâce, de M. le médecin-major Marcus, mais au préalable, sans résultat d'ailleurs, j'exerçai sur la cuisse fléchie, suivant le mode de Bigelow, quelques tractions avec un appareil à mouffles, sans atteindre 100 kilogrammes.

L'anesthésie étant complète et les précautions antiseptiques assurées déjà depuis deux jours étant renouvelées, je pratiquai sur la tête fémorale saillante, comme centre, une incision d'une quinzaine de centimètres, parallèle aux fibres du grand fessier. La tête fémorale recouverte par un tissu feutré peu dense, est mise à découvert avec la partie interne du col et je constate nettement avec les collègues qui m'assistaient, qu'un tendon peu large et allongé, donnant attache à de courtes fibres musculaires et qui ne pouvait être que celui de l'obturateur interne, croisait en arrière la partie supérieure de la tête fémorale et du col au lieu de s'interposer entre la tête et la cavité cotyloïde. Je

coupai ce tendon, abraisai la tête fémorale avec un ciseau de Macewen, par tranches et en arrondissant la surface de section. Elle était logée dans une cavité de nouvelle formation fibro, périostéo, osseuse, presque aussi profonde que la cavité cotyloïde.

Me portant en avant de cette cavité, je ne trouvai au lieu de cette dernière, comme les descriptions de MM. Ricard et Nélaton me l'avaient fait prévoir, qu'un plan régulier, lisse, fibreux, dense, formé par la capsule très adhérente au pourtour de la cavité et appliquée solidement sur son fond. Après l'avoir désinsérée de l'os iliaque avec le bistouri ou la rugine et dégagée du fond de la cavité avec le détache-tendon en ménageant avec soin le cartilage, je l'abrasai à mesure, avec de forts ciseaux. La cavité cotyloïde avait conservé sa forme et sa profondeur.

L'hémostase étant assurée, je cherchai à réduire. Faisant tirer en haut sur le membre mis en flexion et en abduction je ne pus, à diverses reprises, obtenir de réduction. Je sectionnai inutilement la capsule au niveau de la partie moyenne du col, au-dessus au-dessous de lui, puis une partie des insertions trochantériennes sans mieux réussir. Le col était en place sans pouvoir être refoulé directement dans la cavité, ou y rentrer grâce aux mouvements imprimés à la cuisse. Mes tentatives demeurèrent sans succès jusqu'à ce que j'eusse constaté la présence d'un pont osseux, des dimensions apparentes du pouce et qui réunissait la base du col à la partie inférieure de la cavité cotyloïde. Je coupai ce pont osseux vers son milieu avec le ciseau, l'abrasai en partie avec la pince gouge; le col put alors être mis en rapport avec la cavité, mais la cuisse restait encore en rotation interne légère, et ce n'est qu'après lui avoir imprimé des mouvements répétés et étendus d'extension, de flexion, de rotation interne, externe, d'adduction et d'abduction que la cuisse reprit une position normale. Ces mouvements s'accompagnèrent, à plusieurs reprises d'une crépitation dont je ne pus alors reconnaître l'origine et que l'autopsie me révéla.

Ainsi la décapitation fémorale et l'abrasion de la capsule n'avaient pas suffi ici pour me permettre d'obtenir la réduction et j'avais dû encore les faire suivre de l'ablation d'un pont osseux extra-articulaire et de mouvements exagérés et prolongés de la hanche dont l'effet ne put alors être expliqué.

Sutures profondes et superficielles; gros drain introduit jusqu'au fond de la cavité opératoire; large pansement de gaze salolée recouvrant non seulement la région de la fesse mais aussi toute la cuisse, l'abdomen et le périné. Le membre est placé dans un de mes appareils en zinc du membre inférieur à valves avec une large cuirasse abdominale.

Le raccourcissement était presque nul, la jambe et la cuisse en bonne position, le résultat immédiat excellent. L'hémorragie avait été de bien peu d'importance, le chloroforme bien supporté pendant les deux heures qu'avaient duré l'opération et le pansement ; pour le nettoyage de la plaie je ne m'étais servi que de compresses sublimées sèches et j'avais substitué pour le pansement extérieur le salol à l'iodoforme et je n'avais point introduit d'antiseptique pulvérulent dans la profondeur.

Ces détails ne seront pas inutiles à rappeler pour la fin de l'observation.

Les suites immédiates furent simples ; le réveil fut agité, la plaie douloureuse. Dès le soir, la température dépassait 38°, le pouls était petit. Pendant la nuit, subdélirium. Le lendemain, la température redescendit à 37°,8 le matin avec pouls petit, incompatible. Dans la journée calme relatif.

A six heures je le trouve de nouveau agité, inquiet; son pouls bat 160; sa température, que je prends moi-même, atteint 40°. Craignant une infection de la plaie, malgré les précautions antiseptiques prises, je lève son pansement en l'en prévenant et sans lui imprimer de secousses. Le pansement est presque sec, la plaie est nette, la peau sans rougeur, le tube à drainage ne laisse suinter qu'un peu de sang noir sans odeur. J'enlève le drain, je presse fortement sur la région; il ne sort que quelques gouttes de sang vermeil par le canal du drain. Je fais part à mon malade de l'état satisfaisant de sa plaie; il me répond qu'il en est content, mais quelques minutes après je lui trouve les pupilles dilatées, puis sa respiration s'embarrasse, son pouls devient imperceptible. En moins de dix minutes il succombe, en dépit de toute la thérapeutique usuelle que j'employai chez lui (piqûres d'éther, inhalations d'oxygène, piqûres de caféine, etc., etc.), me rappelant la terminaison, en collapsus, des accès pernicieux que j'ai eu maintes fois l'occasion de constater en Algérie. Cette fin brutale était survenue à sept heures dix; à huit heures, le cadavre de mon malheureux parent commençait à se décomposer. Pour des raisons de famille, l'autopsie totale ne put être faite.

Malgré les raisons qui me commandaient de ne pas publier cette observation, j'ai cru devoir passer outre, car elle me semble comporter des enseignements qui ne doivent pas être perdus : l'influence d'une cause spéciale d'irréductibilité que je n'ai pu soupçonner, même au cours de mon opération; la mort rapide de mon opéré.

La pièce nécropsique montra l'étendue et la résistance de l'obstacle *caché* qui s'opposait à la rentrée du col dans ce qui restait de la cavité cotyloïde et qui empêchait le retour du membre à une position normale. En avant, l'espace compris entre l'os iliaque et la ligne bitrochantérienne est comblé par une masse osseuse continue, de 2 centimètres d'épaisseur, en moyenne (voy. *fig.* 1). Cette masse se prolonge, en bas, entre la partie inférieure de la cavité cotyloïde et la base du col, près du petit trochanter, formant là le pont osseux que j'avais constaté au cours de mon intervention et que j'avais entamé en partie avec la pince gouge *po* (*fig.* 2). Cet agglomérat osseux se portait dans la fosse iliaque, au niveau du détroit supérieur, dans l'étendue de 6 centimètres ; il englobait le tendon et les fibres musculaires du psoas. A 6 centimètres

au-dessous de la ligne bitrochantérienne, il se terminait par une grosse stalactite osseuse. C'était cette masse osseuse iléo-trochantérienne qui fixait le membre en flexion et en rotation interne et

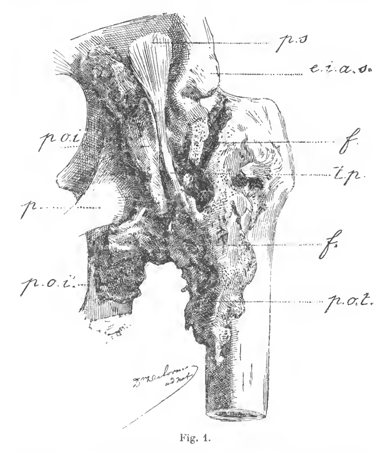


Fig. 1.

p, pubis; e. *i. a. s.*, épine iliaque antérieure et supérieure; *p. s.*, psoas iliaque; *t. p.*, tendon du psoas iliaque; *p. o. i.*, prolongement ostéophytique iliaque; *p.* o. *i.*, prolongement ostéophytique ischiatique; *p.* o. *t.*, prolongement ostéophytique sous la ligne bitrochantérienne; *f. f.*, grand trait de fracture oblique de haut en bas et de dehors en dedans de la production ostéophytique imposée pour la réduction; quand celle-ci était obtenue, il existait un écartement de 3 centimètres entre les deux bords de la fracture.

que je dus, en manœuvrant la cuisse en tous sens, fracturer, pour redonner au membre luxé une direction normale.

On sait que ces ostéophytes se développent très vite, en quelques semaines souvent; les ostéomes des cavaliers, dont celui-ci avait la consistance et l'aspect irrégulier, nous en fournissent chaque

jour des exemples. Il est permis de penser que la crépitation que mes collègues de Libreville ont perçue à plusieurs reprises, un peu plus d'un mois après l'accident et qu'ils ont rattachée à la frac-

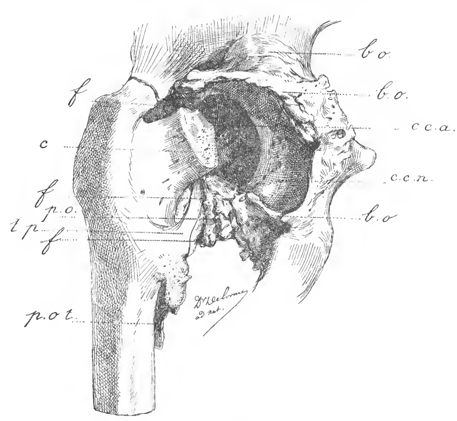


Fig. 2.

c., col fémoral exigé; c. c. a., cavité cotyloïde ancienne; c. c. n., cavité cotyloïde nouvelle; t. p., tendon du psoas; p. o., prolongement ostéophytique cotyloïdo fémoral; p. o. t., prolongement ostéophytique ou trochantérien; f. f. f., fracture de la production ostéophytique; bo, bourrelet ostéophytique surplombant la cavité cotyloïde nouvelle.

ture du bourrelet cotyloïdien, était liée à la fracture de cette production ostéophytique.

Si mon opéré avait survécu, le résultat eut été excellent au point de vue de la rectitude du membre et du raccourcissement qui aurait été presque nul, mais l'ankylose eut été certaine, reproduite par les jetées osseuses périphériques et peut-être par la soudure du col avec une production ostéophytique qui s'élevait du fond de la cavité cotyloïde.

J'ai cherché dans les Mémoires que MM. Nélaton, Block, Hariss, ont consacrés aux luxations de la hanche si, au cours des arthrotomies ou des résections pratiquées, on avait trouvé de semblables obstacles à la réduction. Je n'en ai pas trouvé d'exemples. Le fragment osseux, de 3 centimètres de long sur 1 d'épaisseur dont parle Hariss et qui s'interposait entre la cavité cotyloïde et la tête fémorale, appartenait au sourcil cotyloïdien. Ce cas ne ressemblait donc en rien à celui-ci.

Un fait encore digne de remarque dans l'observation que je relate, bien qu'il soit moins particulier que le précédent, c'est la rapidité avec laquelle une nouvelle cavité s'est formée et celle avec laquelle l'ancienne s'est modifiée. Aux dépens des 2/3 de la surface quadrilatère de l'ischion s'est développée, en trois mois, une cavité de la profondeur de la cavité cotyloïde surmontée par un bourrelet cotyloïdien à saillie anormale. A la jonction de la cavité ancienne et de la nouvelle, le bourrelet cotyloïdien a disparu. D'un autre côté, la cavité cotyloïde ancienne n'est plus circulaire ; elle est ovalaire à grand axe vertical ; elle a été comblée, dans son tiers antérieur, par la nappe ostéophytique iléo-fémorale et, de son fond, au niveau de l'insertion du ligament rond, commence déjà à s'élever un promontoire osseux. Ainsi modifiée, elle n'eût pu admettre complètement l'extrémité fémorale, non décapitée.

Ce cas montre, une fois de plus, le rôle, si bien mis en lumière par M. Nélaton, que joue dans l'irréductibilité des luxations de la hanche en arrière, l'oblitération de la cavité cotyloïde par la capsule déplacée. Cette capsule adhérait bien ici au pourtour de cette cavité et, *dans son fond, aux débris du ligament rond*.

La mort de mon opéré ne saurait guère être rattachée à une intoxication par les antiseptiques, puisque je ne me suis servi que de tampons ou de compresses secs pour l'attouchement du champ opératoire ; elle ne me semble pas imputable non plus à une infection, car les précautions avaient été ici régulières, avant, pendant et après l'opération, et la plaie, lors de la levée du pansement, se présentait avec un excellent aspect. Supposer un schock à forme érétique, un accès pernicieux rappelé par le traumatisme, sont des hypothèses admissibles, mais qu'il est plus facile d'avancer que de démontrer. Quoi qu'il en soit, les manœuvres nombreuses de réduction imposées, bien qu'aussi modérées que possible, et surtout l'atteinte profonde de l'état général de mon opéré ont, sans doute, grandement contribué à la terminaison fatale. Les deux compagnons français de mon parent ont succombé peu après lui, l'un à la cachexie paludéenne, l'autre à une affection légère, et l'autopsie de ce dernier, qu'a pratiquée M. Robert et à laquelle j'ai assisté, nous a montré un gonflement énorme du foie, de la rate, avec périhé-

patite, périsplénite et une altération des reins. Or, ces trois malades présentaient les mêmes apparences extérieures.

Cette fin si rapide rappelle, sans que le même processus puisse être invoqué, celle que M. Polaillon a eu à regretter à la suite d'une arthrotomie faite sur un alcoolique invétéré dont les viscères étaient profondément altérés, sans doute. Elle ne saurait, en tout cas, impressionner en défaveur de la résection. Si j'en juge, en effet, par les relevés d'Harris, ce cas serait le seul qui, sur treize, se soit terminé par la mort, et, d'un autre côté, l'arthrotomie, qui a été pratiquée moins souvent (9 fois), compte aussi une mort (Polaillon). La réduction simple en compte même plusieurs (Broca, Poncet).

Dans mon cas et dans ses analogues, l'arthrotomie latérale, antérieure ou postérieure, eût été ou serait impossible ou insuffisante ; la décapitation fémorale peut ne pas donner, au point de vue de la réduction, toutes les facilités désirables et habituelles, et comme elle doit être suivie d'efforts violents de réduction et qu'elle se terminera par ankylose, on pourrait se demander si l'ostéotomie sous-trochantérienne, presque délaissée, ne lui serait pas préférable. Mais le délicat serait d'assurer le diagnostic. L'immobilité complète de la tête fémorale pendant les mouvements de la cuisse eût été, chez mon malade, un signe de cette ankylose périphérique provoquée par ces ostéophytes, mais il n'a rien de pathognomonique, car on l'a retrouvé dans des cas dans lesquels ces ostéophytes manquaient. D'un autre côté, le siège et la profondeur de ces derniers ne permettaient pas de les déceler par la palpation. La crépitation pendant les manœuvres de réduction antérieures, alors qu'il est manifeste qu'elle n'est pas liée à une fracture du col, servirait davantage à les soupçonner. Devant ces incertitudes diagnostiques et étant donné qu'on doit prendre un parti ferme pour l'ostéotomie ou la résection, la décapitation fémorale, dans ces cas douteux, me semble devoir rester la méthode de choix.

Je ne veux pas, à propos d'un fait, surtout d'un fait exceptionnel, entrer dans la discussion générale, très intéressante, que soulèvent les indications respectives de l'arthrotomie et de la résection, méthodes qu'on a souvent employées *successivement* avec avantage pour les luxations en arrière, en faisant de grands débridements des parties molles, en particulier des muscles, mais qu'on doit *opposer* l'une à l'autre si, comme on l'admet aujourd'hui, l'arthrotomie doit comporter une incision antérieure et la résection une incision postérieure. Si j'avais encore à intervenir chirurgicalement dans une luxation irréductible de la hanche en arrière, datant de trois, quatre mois et plus, je préférerais l'excision capitale. Ses résultats fonctionnels sont bons, comme en témoigne si bien le cas

de M. Ricard, et elle conduit avec facilité, rapidité et sûreté sur la cavité cotyloïde dont l'oblitération ou le rétrécissement constituent l'obstacle principal à la réduction. C'était là l'avis de la plupart de mes collègues de la Société de chirurgie, c'est celui de Block (de Copenhague). Telle n'est point cependant l'opinion de Harris, l'auteur qui, le plus récemment, a étudié cette question. Pour lui, l'arthrotomie, aujourd'hui qu'on est mieux familiarisé avec la cause habituelle de l'irréductibilité et qu'on s'adresse à l'incision antérieure, doit constituer la méthode de choix, et la résection ne doit être pratiquée que quand l'arthrotomie, suivie du déblaiement cotyloïdien, s'est montrée insuffisante. L'une des raisons de ses préférences en faveur de l'arthrotomie, c'est que cette opération a, comparée aux autres interventions, donné les meilleurs résultats fonctionnels. La principale est peut-être qu'il est resté impressionné par un remarquable succès obtenu chez un malade opéré quatre mois après le traumatisme et qui guérit avec la liberté complète de ses mouvements. Il faut avouer que les faits ne sont pas encore assez nombreux pour forcer la conviction dans un sens ou dans l'autre, puisque, pour l'une comme pour l'autre de ces opérations, ils atteignent ou dépassent à peine la dizaine. Je souhaite que ma communication provoque de la part de mes collègues l'apport de faits nouveaux, bien documentés, qui permettent de régler la question encore litigieuse de la valeur de l'arthrotomie et de l'excision dans les luxations irréductibles, anciennes, de la hanche en arrière.

Lectures.

M. Faure lit une observation sur *Un cas de contusion de l'abdomen traité par laparotomie.* (M. Walther, rapporteur.)

M. Maurange lit une observation intitulée : *Endométrite fétide des femmes âgées* (M. Chaput, rapporteur).

Présentation de malades.

Fracture transversale de la rotule. Suture par le procédé de Cecci. Insuccès.

M. Delorme présente un enfant de troupe atteint d'une fracture transversale de la rotule et chez lequel le procédé de Cecci n'a pas donné un résultat favorable. La fracture datait d'août 1895 et la suture fut pratiquée en janvier 1896. L'écartement inter-fragmentaire était de 6 centimètres dans l'extension et, par des tractions

énergiques exercées sur le fragment supérieur, on ne diminuait qu'à peine cet écartement. M. Delorme eut recours au procédé de Cecci, dans lequel, comme l'on sait, le fil métallique traverse en diagonale les deux fragments et embrasse d'une anse le bord supérieur du fragment supérieur et l'angle de l'inférieur. M. Delorme employa ici ce procédé parce qu'il donne grande prise sur le fragment supérieur. Or, dans ce cas, malgré les tractions les plus énergiques exercées sur les fils, il resta entre les fragments un écartement de 3 centimètres environ. La section sous-cutanée d'une partie des fibres du tendon du droit antérieur rendu saillant n'ayant permis qu'un rapprochement de 5 millimètres environ, la section partielle du tendon rotulien et des sections latérales n'ayant fourni encore qu'un rapprochement de quelques millimètres, il ne restait que deux alternatives : ou détacher l'épine tibiale antérieure, ou se contenter du résultat obtenu et considérer les fils comme un tendon analogue, mais bien plus solide que le tissu fibreux interfragmentaire qu'on constate dans les fractures traitées par d'autres modes que la suture. C'est à cette dernière alternative que M. Delorme s'arrêta. Mais quand, le vingtième jour, il voulut obtenir par la gymnastique articulaire plus que l'angle droit, le fil se rompit, et actuellement l'écartement interfragmentaire est identique à celui qui existait avant l'opération et la fracture rotulienne est compliquée par la présence d'un fil inutile qu'il faudra peut-être enlever. Hydarthrose légère. Extension active, grâce à la valeur du triceps.

Discussion.

M. Championnière. — J'ai fait des sutures osseuses dans des cas de fracture de la rotule avec 14 centimètres d'écartement. On n'aboutit pas, je l'accorde, d'une façon constante à la consolidation osseuse, mais on obtient un bon résultat si on a soin d'user de fils d'argent épais et solides, et si on ne mobilise que d'une façon prudente et progressive.

M. Quénu. — J'ai soigné un curé de village pour une fracture de la rotule mesurant 7 à 8 centimètres d'écartement et datant de six mois. Malgré des tractions énergiques, je ne pus amener les deux fragments en contact qu'en un point, à l'un des angles. Dans le sinus laissé vide, je plaçai deux gros fils d'argent reliant solidement à distance les deux fragments. Le malade est parti avec les mouvements de flexion du genou limités, mais peu à peu ces mouvements se sont amplifiés et j'ai appris qu'il était en état de dire la messe avec les mouvements de génuflexion nécessaires.

M. Delorme répond qu'il s'est servi d'un fil de la force de ceux

qu'emploie M. Championnière et, encore une fois, malgré l'énergie de la traction exercée et des sections tendineuses, il n'a pu rapprocher. Il ne pense pas, comme M. L. Championnière, que les mouvements se rétablissent seuls, en totalité, quand on abandonne le malade à lui-même. On arrive assez vite à l'angle droit, mais on n'est pas sûr que le malade ira plus loin. En tous cas, dans la pratique de la chirurgie militaire, il est nécessaire d'aller vite dans le rétablissement des mouvements. Il cite un cas dans lequel le malade abandonné à lui-même a guéri avec raideur articulaire. Il observe actuellement dans son service un homme qui, laissé à lui-même après une suture de la rotule pratiquée il y a huit mois ne dépasse guère l'angle droit. M. Delorme ne tient pas, au delà de la mesure, à l'incision antérieure. Il croit, lui aussi, l'incision courbe, en général, préférable, mais dans le cas particulier, l'incision axile a semblé utile à cause de l'éloignement considérable du fragment supérieur qui eût imposé la formation d'un trop grand lambeau.

Présentation de photographies obtenues à l'aide des rayons Rœntgen.

M. Marchant présente une photographie de Rœntgen.

M. Ch. Monod met sous les yeux de ses collègues une photographie, déjà présentée à l'Académie — prise par M. Londe (à la Salpêtrière) à l'aide des rayons Rœntgen — montrant, avec une remarquable netteté, au contact des 3e et 4e métacarpiens de la main d'un adulte, les deux fragments d'une balle ayant pénétré, il y a plus de dix ans, dans l'éminence thénar du blessé.

La présence de la balle avait été reconnue, par le procédé de l'aiguille, peu de temps après l'accident ; mais, en l'absence de toute réaction locale et de tout trouble fonctionnel, M. Monod s'était refusé à l'aller chercher.

Actuellement encore, ces deux corps étrangers sont très bien supportés par le malade, qui ne songe pas à s'en faire débarrasser.

Donc la présente photographie, si elle n'a pas servi à établir l'existence et le siège du projectile, a du moins confirmé sur ces points les renseignements fournis par la clinique.

Elle permet de plus de constater l'intégrité absolue des tissus voisins et établirait à nouveau, s'il en était besoin, l'inutilité de de toute intervention.

On peut ajouter que, à un autre point de vue, il est heureux que celle-ci n'ait pas eu lieu. Il est probable en effet que, si l'on s'y était décidé, on n'aurait pas reconnu la division de la balle en

deux, et que l'on se serait contenté de l'ablation de l'un des fragments. Peut-être l'autre fragment laissé en place aurait-il, à la



suite de traumatisme opératoire, été l'origine d'accidents auxquels, grâce à l'abstention, le malade a complètement échappé.

M. Rochard lit une observation de *Plaie de la parotide par une arbalète.* (M. Poirier, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel, Quénu.

Séance du 13 mai 1896.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre du Dr Jullien, qui se porte candidat à la place de membre titulaire ;

3° Une observation de M. Bois (d'Aurillac), membre correspondant, et relative à un kyste de l'ovaire.

Suite de la discussion sur la lithiase biliaire.

M. Schwartz. — La communication si intéressante de notre collègue le docteur Tuffier comporte deux parties : la première consacrée au diagnostic, la seconde au traitement et en particulier à la cholécystostomie comme opération de choix dans les cas de lithiase vésiculaire.

Nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de lithiases de la vésicule et d'intervenir dans six cas, dont deux nous ont montré combien le diagnostic peut être difficile. C'est sur ce point d'abord que nous allons insister.

M. Tuffier nous a rapporté, dans la dernière séance, un cas où sur l'abdomen ouvert il était impossible de poser un diagnostic ferme, et l'on pensa tout d'abord à un kyste hydatique de la face inférieure du foie ; l'issue de nombreux calculs démontra le siège et la nature de la tumeur qui contenait un liquide transparent comme de l'eau de roche ; nous avons pu observer deux faits où l'affection en imposait pour une tumeur du rein droit une fois, l'autre fois pour un rein mobile avec hydronéphrose intermittente.

L'incision lombaire exploratrice a pu montrer que dans le premier

fait, le rein était normal ; que dans le second, il s'agissait, en effet, d'un rein mobile auquel adhérait, au niveau de sa face intérieure, une vésicule malade qui suivait fidèlement tous ses mouvements grâce à la longueur de son pédicule. Voici d'ailleurs les deux observations :

Obs. I. — Femme de 35 ans, a présenté depuis l'âge de 15 ans deux poussées de pelvipéritonite, dont l'une, en 1887, a été soignée à l'Hôtel-Dieu. Elle a eu deux enfants sans accidents après l'accouchement.

Depuis 1887, elle est prise de crises excessivement douloureuses, souvent au moment des règles, avec irradiations dans les fosses iliaques ou le bas-ventre ; vomissements bilieux, urines rares et très chargées de sable ; on pense à des coliques néphrétiques, d'autant plus que la malade n'a jamais eu d'ictère. La dernière crise date du mois de février 1894 ; elle a souffert de douleurs très vives dans les reins revenant par accès, accompagnées de douleurs dans la région épigastrique et de vomissements bilieux qui n'ont pas cessé pendant 24 heures. Quelques jours avant, elle avait émis des urines graveleuses.

Elle paraît très fatiguée à son entrée à l'hôpital ; amaigrie ; elle n'a pas de fièvre ; elle souffre d'une façon continue dans l'hypochondre et le flanc droit. L'examen nous permet de constater la présence d'une volumineuse tumeur descendant en dessous de l'ombilic, remontant sous les fausses côtes, en avant et en arrière, et qui paraît fluctuante. Cette tumeur s'enfonce sous le foie ; une zone de sonorité très nette existe en avant d'elle ; le palper bimanuel lombo-abominal la renvoie d'arrière en avant et réciproquement, sans qu'il soit possible de constater la moindre ascension sous l'influence des inspirations profondes. Pendant les quelques jours qui précèdent l'intervention, on examine l'urine, qui renferme une grande quantité d'acide urique, peu d'urée, et on constate nettement, à deux ou trois reprises, que la tumeur paraît augmenter, alors que diminue la quantité d'urine émise par l'urèthre, comme dans les cas d'hydronéphrose intermittente. C'est donc pour une tumeur liquide rénale sans calculs que nous penchons, d'autant qu'il n'y a pas la moindre ascension de la température.

Le 27 juin 1894, incision lombaire classique qui nous permet d'arriver rapidement sur le rein droit et nous montre aussitôt que celui-ci est absolument intact et que la tumeur est située en avant de lui, dans la cavité abdominale et dépend du foie. L'incision est refermée. La malade guérie de cette incision exploratrice, nous intervenons une seconde fois par la laparotomie, le 8 mars 1894.

Incision sur la ligne blanche que la tumeur atteint manifestement, s'étendant à 5 centimètres au-dessus et au-dessous de l'ombilic. On arrive sur une énorme poche liquide se continuant sous le foie, adhérente au côlon ascendant et à l'intestin grêle situés au devant d'elle ; en libérant les adhérences, elle se crève et il en coule près d'un litre de pus jaunâtre qui, grâce aux compresses qui ont été placées tout autour du champ opératoire, est évacué au dehors. En introduisant le doigt dans l'ouverture agrandie, on tombe sur un calcul de la grandeur

d'une petite noix : c'est un calcul biliaire. Malgré une exploration approfondie, après évacuatinn totale et lavage de la poche amenée au dehors, on ne trouve pas d'autres calculs et on ne constate aucune communication avec le canal cystique. Les parois sont très épaisses et friables. Nous les suturons en collerctte à la paroi abdominale et drainons largement.

L'opérée succombe au bout de 48 heures, avec des signes manifestes de péritonite.

L'autopsie nous permet de constater que la poche n'est autre chose que la vésicule biliaire ; elle contient encore un calcul comme une olive qui a échappé à notre examen. Les voies biliaires extra-hépatiques ne renferment pas de calculs et sont parfaitement perméables ; il n'y a plus de communication entre la vésicule et le canal cystique. Le foie ramolli présente une teinte jaune sale et offrc des lésions anciennes d'angiocholite suppurée, de cirrhosc biliaire et de péritonite adhésive périhépatique. Il y a de la péritonite généralisée.

En résumé, énorme empyème de la vésicule biliaire suite de la cholélithiase pris pour une tumeur rénale ; cholécystostomie. Mort par infection péritonéale.

Nos collègues Michaux et Broca ont insisté dans la dernière séance sur cette erreur de diagnostic assez fréquente qui consiste à prendre pour une tumeur du rein une collection liquide de la vésicule du fiel ; nombre d'auteurs ont insisté là-dessus. Nous ne nous y arrêterons pas. Mais c'est surtout dans le rein mobile que la confusion est faite et cela d'autant mieux qu'il n'est pas rare de voir coïncider avec une lithiase de la vésicule biliaire, une mobilité anormale du rein.

La confusion avec le rein mobile peut être évitée dans un grand nombre de cas par la recherche que voici : Lorsque l'on presse sur la tumeur biliaire, elle fuit sous le doigt et s'enfonce dans la profondeur ; elle n'y reste pas ; il suffit de lâcher la pression pour la sentir en général reprendre la position initiale plus superficielle. Il n'en est pas de même pour le rein mobile qui remonte au-dessous du foie, mais y reste, si on ne le refoule pas en avant par une pression sur la région lombaire.

Le professeur Potain a insisté sur les rapports du rein mobile et de la cholélithiase, et pour lui, le déplacement rénal serait consécutif à la lithiase biliaire qui amènerait un déplacement du rein en antéversion. Pour Roux, de Lausanne, le rein mobile est primitif ; il peut exercer des tractions sur le canal cystique par l'intermédiaire du bord droit du ligament hépatoduodénal, gêner ainsi le cours de la bile et favoriser la formation des calculs.

Quoi qu'il en soit de cette pathogénie, la coïncidence des deux affections doit être présente à l'esprit du clinicien. Dans un mé-

moire tout récent, Morris *(Brithish Med. Journal*, 1895, p. 238) rapporte deux observations de rein mobile coïncidant avec une cholélithiase ; dans un cas on fit successivement la cholécystotomie, la cholédocotomie et la néphrorrhaphie dans une seconde séance. Il cite en outre trois cas de confusion d'une vésicule biliaire lithiasique avec un rein mobile et arrive à la conclusion que, malgré tous les examens, il n'y a que l'incision exploratrice lombaire qui puisse préciser le diagnostic dans les cas difficiles. C'est d'ailleurs la conduite qu'avaient déjà tenue Albert de Vienne, Bogajensky (*Centralblatt für Chirurgie*, 1892, p. 1008 ; 1891, p. 639). Ce dernier s'aide même de l'incision lombaire laissée ouverte pour refouler le calcul profondément engagé dans le cystique et l'extraire par la cholécystostomie. Mais revenons à la coïncidence de la cholélithiase et de la mobilité rénale.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de cette espèce d'autant plus remarquable que la vésicule biliaire pleine de liquide et de calculs était adhérente à la face antérieure du rein qu'elle suivait, dans ses mouvements, grâce à la longueur de son pédicule. Voici cette observation :

Femme de 57 ans. Ménopause à 52 ans. Aucun antécédent notable. Elle ne souffre que depuis 6 mois. Le début a été caractérisé par des maux d'estomac très violents, puis surviennent des douleurs dans le flanc droit avec irradiation aux lombes, vers les épaules, surtout dans la droite. Elle n'a vomi que deux fois de la bile pendant ses crises; jamais d'ictère, au moins appréciable. C'est, il y a quelques mois, peu après le début des accidents, qu'elle s'est aperçue qu'elle portait une tumeur dans le flanc droit qui, d'après elle, augmente et diminue. Chaque fois qu'elle a augmenté, elle a beaucoup souffert; cela à trois reprises environ. Actuellement elle souffre de pesanteur à droite; elle a un dégoût complet des aliments et en particulier des aliments gras; elle urine près de 2 litres par jour, sans qu'il y ait d'albumine dans ses urines. Elle est au régime lacté depuis quelques semaines.

Nous constatons dans le flanc droit et dans l'hypocondre la présence d'une tumeur grosse comme le poing et dont la matité se continue avec celle du foie et qui subit les mouvements de la respiration ; elle est mobile transversalement, mais aussi de bas en haut et de haut en bas ; elle fait saillie aussi bien en avant sous le foie qu'en arrière dans la région lombaire, et on perçoit manifestement la sensation du ballottement rénal. Deux lavements gazeux nous montrent que la tumeur est encadrée par le côlon transverse et l'angle du côlon ascendant.

L'examen, répété à plusieurs reprises, nous montre que la tumeur occupe des niveaux différents, que tantôt elle est comme dure et bosselée en avant, tantôt rénitente et donnant la sensation d'une masse liquide. Malgré l'absence de coliques hépatiques, d'ictère, nous pensons à une tumeur de la vésicule biliaire distendue par des calculs et du

liquide, et nous nous disposions à faire la laparotomie, quand sous le chloroforme, avant l'opération, nous constatons manifestement, les parois étant relâchées, qu'il s'agit du rein ectopié arrivant jusque près de la crête iliaque. Séance tenante, nous pratiquons l'incision lombaire, tombons en effet sur un rein un peu hypertrophié qui descend jusque dans la fosse iliaque; son exploration nous démontre qu'en avant de lui et dans la cavité abdominale existe une seconde tumeur qui lui adhère, qui suit tous ses mouvements, qui est fluctuante par places, dure en d'autres et que nous pensons devoir être la vésicule biliaire altérée. Le rein est rapidement fixé par quatre gros catguts et la plaie lombaire refermée et drainée. Comme l'intervention n'a pas duré plus de 30 minutes, nous sommes d'avis, après discussion, de faire séance tenante la laparatomie latérale et d'aller à la recherche de la tumeur vésiculaire.

Incision sur le bord externe du muscle droit; nous arrivons presque aussitôt sur une vésicule biliaire démesurément allongée; elle a 12 centimètres; elle adhère par sa face antérieure à l'épiploon qui en est détaché par sa face postérieure au rein droit, qu'on libère facilement.

Comme elle a son pédicule mince, que ses parois sont très épaisses, après avoir exploré le canal cystique et avoir reconnu son intégrité, ainsi que celle des voies biliaires profondes, nous procédons à la cholécystectomie. Deux ligatures, l'une en soie, l'autre en catgut, sur le pédicule, le foie étant bien relevé, après détachemement très facile des adhérences à la fosse hépatique. Cautérisation du pédicule au thermocautère.

La vésicule ouverte contient six calculs à facettes gros comme des noisettes et plus, outre cela, de la bile altérée. Les parois sont très épaisses et chroniquement enflammées.

Drainage du pédicule à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée; fermeture de la paroi par deux plans de sutures; soie et crins de Florence. L'opération a duré en tout 1 h. 1/2 au plus.

Pendant 48 heures, tout se passe bien; puis, subitement, en 20 minutes, la malade meurt dans un état syncopal.

L'autopsie nous montre le péritoine intact; le pédicule a bien tenu; nulle part de collection sanguine. Le rein est en bonne situation. Par contre, il existe une énorme dilatation de l'estomac, dont la grande courbure descend à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic. Le cœur est gras, ses valvules sont dures, épaissies par l'endocardite. Il existe un épanchement dans le péricarde avec taches laiteuses sur le feuillet viscéral. En somme, cette malade a succombé à une lésion cardiaque qui nous avait échappé, quoique nous l'eussions auscultée et percutée lors de nos examens.

Tischendorff cité par Calot (*Thèse de Paris*, 1890, p. 202), a observé un fait identique.

L'on trouva à l'ouverture du ventre un rein mobile adhérent à une vésicule biliaire calculeuse. La cholécystectomie fut pratiquée,

puis le rein fut fixé aux dernières côtes par la voie abdominale. La femme avait 37 ans et elle guérit.

Il faudra se rappeler, quand on sera en présence de symptômes, tenant à la fois d'une tumeur vésiculaire et d'une tumeur du rein, qu'il peut y avoir non seulement coïncidence, mais encore que les deux lésions peuvent adhérer l'une à l'autre, simulant une tumeur unique à signes rénaux et hépatiques.

Outre les deux cas malheureux que nous venons de vous rapporter, nous avons encore à notre actif, quatre autres cas de cholélithiase de la vésicule qui ont nécessité notre intervention.

Trois cholécystectomies se sont terminées par une guérison parfaite ; un cas de cholécystostomie pour une suppuration de la vésicule adhérente à la paroi abdominale abcédée, a guéri aussi. Voici ces faits résumés :

I. — Femme de 51 ans. Depuis huit à dix ans, sensation de gêne, de pesanteur dans l'hypocondre droit; cette gêne disparaît quand elle est debout et se manifeste surtout quand elle est couchée.

Il y a deux ans, accès de colique hépatique suivi d'ictère. Depuis, douleurs plus ou moins vives, pesanteur continue; anorexie complète. État dyspeptique très accusé. Il y a sept mois, son médecin s'aperçoit qu'elle a une tumeur sous les fausses côtes droites.

Nous diagnostiquons une vésicule pleine de calculs; on sent des craquements que la malade perçoit elle-même de temps en temps par la pression sur la tumeur, dure comme une pierre; déplacement latéral facile; aucun déplacement de haut en bas; elle suit les mouvements du foie.

Cholécystectomie, laparotomie médiane en janvier 1893; adhérences de la vésicule à l'épiploon; on l'enlève facilement, car son pédicule est mince et long; deux ligatures et thermocautère après s'être assuré de l'intégrité du cholédoque. Pas de drainage; fermeture complète de la paroi. L'opérée guérit parfaitement et revint six mois après, se portant parfaitement bien, ne ressentant plus aucun symptôme pénible. Nous avons eu l'occasion de la revoir trois ans après et en bon état. La vésicule contenait deux énormes calculs, pesant 42 grammes, qui l'oblitéraient complétement. Elle a encore eu il y a dix-huit mois un accès de colique hépatique.

II. — Femme de 37 ans, bien réglée, n'a jamais eu de coliques hépatiques, pas d'ictère; souffre depuis trois ans dans le côté droit, les reins, l'épaule droite; on trouve dans le ventre une tumeur mobile qu'on prend pour un rein flottant, et on lui fait porter une ceinture à pelote qui la soulage beaucoup, car sans elle, elle ne pourrait marcher. Ses douleurs s'accentuent au moment des règles. Elle entre dans mon service avec le diagnostic de rein mobile.

L'examen nous permet de constater dans le flanc droit et sous le foie l'existence d'une tumeur rénitente qui suit manifestement les mou-

vements respiratoires; l'examen sous le chloroforme nous montre qu'elle est en rapport avec le foie, que le rein droit est à sa place. Nous diagnostiquons une cholécystite, probablement calculeuse, quoiqu'il n'y ait jamais eu de coliques hépatiques ni d'ictère; nous rejetons aussi le diagnostic de kyste hydatique de la face inférieure du foie.

Laparotomie médiane, le 6 avril 1893. On tombe sur une vésicule biliaire grosse comme une forte poire, à parois translucides, facile à attirer a l'extérieur. Une ponction donne issue à 100 grammes d'un liquide séreux, incolore, transparent, n'ayant aucun des aspects de la bile. Excision du fond et extraction de trois calculs gros comme une noisette; on extrait difficilement, et avec une curette, un petit calcul, gros comme une lentille, qui était engagé dans le canal cystique. Rien dans le cholédoque. La vésicule est refermée par une pince en T. Ligature double à la soie du pédicule. Cautérisation au thermocautère. L'ablation a été facile. Drainage avec une mèche de gaze iodoformée. Le ventre est refermé.

Il nous a été impossible de nous assurer de la perméabilité du canal cystique.

L'opérée guérit sans accident et rentre chez elle le 4 mai.

III. — Femme de 28 ans, bien réglée habituellement; malade depuis six à huit mois. Depuis, son appétit a diminué. Elle semble avoir eu des coliques hépatiques, mais sans ictère. L'examen nous montre l'existence d'une tumeur en forme de poire, tenant manifestement au foie, dure, bosselée, très mobile dans le sens latéral.

Laparotomie le 11 janvier 1894. Incision le long du bord externe du muscle droit; on tombe sur le foie qui est abaissé et qui dépasse en bas de 4 centimètres seulement une énorme vésicule biliaire, recouverte en grande totalité par une languette du lobe droit du foie, appendice linguiforme de Riedel, auquel elle adhère intimement. Elle adhère aussi par son fond à l'épiploon. Elle est libérée de ses adhérences de façon à pouvoir être attirée au dehors. A la ponction, il en sort un liquide roussâtre très épais, que l'aspirateur retire avec peine. On ouvre alors la vésicule sur un lit de compresses, on la vide de son contenu et on extrait un calcul gros comme une noisette ; elle est tellement longue que, pour explorer le canal cystique, nous sommes obligé d'en réséquer une bonne partie ; nous pouvons alors explorer celui-ci et reconnaître deux calculs qui y sont enclavés et dont le plus profond ne peut être enlevé qu'après broiement. Ceci fait, la vésicule est provisoirement refermée pour que rien ne puisse s'en écouler, et nous la libérons jusqu'au canal cystique, ce qui est assez laborieux à cause de ses adhérences saignantes. Le col est lié à la soie et au catgut et sectionné au thermocautère. On lie deux adhérences saignantes du côté droit du foie. Drainage avec une mèche iodoformée.

Suture à trois plans péritonéo-aponévrotique, musculaire et cutanée. La malade est guérie le 4 février ; nous l'avons revue un an après en parfait état.

IV. — Femme de 60 ans. Jamais aucun accident de lithiase biliaire.

Elle ne souffre que depuis un mois de douleurs sourdes à droite dans la région du foie. On a senti à ce niveau une tuméfaction qui n'a fait qu'augmenter, en même temps qu'est apparue un peu de rougeur et d'empâtement.

Nous diagnostiquons une cholécystite calculeuse suppurée, avec propagation à la paroi abdominale.

Opération le 25 mars 1895. — Incision d'un gros abcès de la paroi abdominale. A travers une petite fistule située sous les fausses côtes à droite, on pénètre dans une cavité lisse, se prolongeant sous le foie, et d'où sortent deux gros calculs du volume d'une noix et d'une noisette, en même temps qu'une grande quantité de pus épais et sanguinolent, sans mélange de bile. Large drainage avec deux gros drains en canons de fusil. Lavages modérés de la poche.

La malade sort le 3 mai en parfait état, conservant encore une fistule muco-purulente et un petit drain; elle doit venir se faire panser de temps en temps.

En résumé, nous avons pratiqué quatre cholécystectomies avec une mort (il est vrai que l'opération a été faite dans des conditions qui ne sont pas ordinaires); deux cholécystostomies pour cholécystites suppurées avec une mort; la seconde s'est réduite à une ouverture d'abcès profond à travers des adhérences déjà formées et solides.

Nos collègues Michaux et Broca ont, dans la dernière séance, discuté les indications du traitement de la lithiase de la vésicule et fourni des arguments en faveur de la cholécystectomie. Nos cas personnels ne sont pas pour combattre leurs conclusions. Si nous avons fait la cholécystectomie quatre fois, c'est que nous y étions poussé par la simplicité, au moins dans deux cas, des dispositions anatomiques (vésicule peu adhérente, à pédicule long et mince), par la certitude que nous avions de ne pas laisser de calculs dans le moignon csytique et de la perméabilité du canal cholédoque, par ce fait enfin que la guérison est en général beaucoup plus rapide, peut-être plus radicale et moins retardée par les fistules qui, en somme, persistent assez souvent après la cholécystostomie, comme le montre encore le mémoire très important de Hans Keher *(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1894, Bd XXXVIII, p. 322), relatant 21 cholécystostomies avec 1 mort, 3 cholécystectomies toutes trois guéries. Plusieurs fois il a fallu, pour les premières, recourir à la fermeture d'une fistule biliaire; plusieurs fois il y a eu une fistule muco-purulente.

Nous pensons, avec la majorité des chirurgiens, que c'est entre cette dernière et l'ablation totale qu'il faut choisir dans la grande généralité des faits; la cholécystostomie idéale et la cholécystostomie avec fermeture et fixation de la vésicule à la paroi doivent,

en général, être repoussées pour peu qu'il y ait infection des voies biliaires et de la vésicule en particulier; la première, à cause de l'aléa des sutures perdues placées sur une vésicule plus ou moins altérée, la seconde, parce qu'elle ne permet pas la désinfection de la vésicule fermée et fixée.

Nos collègues Michaux et Broca ont, dans la dernière séance, présenté les raisons qui militent en faveur de la cholécystectomie au triple point de vue de la simplicité opératoire, de la bénignité, de l'efficacité thérapeuthique. Nous ne reprendrons pas les arguments qu'ils ont mis en avant. Nous sommes d'avis que la cholécystectomie, lorsqu'il s'agit d'une vésicule bien pédiculée, peu adhérente, volumineuse, est absolument bénigne du moment que le pédicule est lié doublement et sectionné au thermocautère et si l'on a soin de faire un drainage pendant les premiers jours qui suivent l'intervention. Si nous avions eu à faire à des vésicules très adhérentes, remontant loin au-dessous du foie, difficilement énucléées et pédiculisables, nous n'eussions pas hésité à faire la cholécystostomie qui s'impose toutes les fois qu'on n'est pas sûr qu'il n'y a plus aucun calcul dans le canal cystique et à plus forte raison dans le cholédoque.

La cholécystostomie nous paraît absolument indiquée encore lorsqu'il y a des signes d'infection des voies biliaires, et nous sommes absolument de l'avis de notre collègue Tuffier qui préconise la cholécystostomie en un temps avec suture préliminaire de la vésicule à la paroi et ouverture seulement lorsque la suture aura été faite. On évitera de la sorte l'infection péritonéale qui, chez une de nos malades, a amené la mort; mais encore faut-il que cette suture soit possible et qu'on n'ait pas affaire, comme dans le fait auquel nous venons de faire allusion, à une vésicule adhérente à l'épiploon et au côlon, friable, se crevant par la moindre tentative de décollement ou de préhension. Alors serait peut-être indiquée, si ces dispositions étaient prévues, la cholécystostomie en deux temps, ou bien l'on pourrait, comme l'a fait Lendner, dans un cas très difficile, où la friabilité de la vésicule ne permettait pas de l'attirer vers la paroi, décoller le péritoine pariétal tout autour de l'incision et l'amener en entonnoir jusqu'à la surface de l'organe altéré où on le fixe par des points de suture. (Lendner, *Deutche Zeitschrift für Chirurgie,* 1895, Bd XL, p. 366).

Pour nous résumer, nous pensons que la cholécystectomie devra être faite chez des sujets encore robustes, possédant un foie relativement sain, lorsqu'elle se présentera dans des conditions de simplicité, avec la certitude d'absence de calculs cystiques ou du cholédoque. Les résultats de notre collègue Tuffier et ceux qne nous avons pu étudier nous feront pencher vers la cholécystostomie

lorsque l'opération sera entourée de grosses difficultés, quand il s'agira de sujets fatigués et âgés, lorsqu'il y aura des doutes sur la perméabilité de l'état d'intégrité des voies biliaires profondes.

M. Gérard-Marchant. — La question soulevée par M. Tuffier est des plus intéressantes. Peut-on faire le diagnostic de la lithiase vésiculaire?

Comment faut-il se comporter vis-à-vis de cette poche contenant un calcul?

Faut-il établir une fistule biliaire, ou est-il préférable de pratiquer l'ablation de la vésicule?

Je viens vous apporter trois cas de lithiase vésiculaires traités par la cholécystectomie. Après avoir entendu la lecture de ces observations, vous me direz s'il y avait une autre conduite chirurgicale à tenir.

Ma première malade était entrée à l'hôpital Laënnec alors que j'avais l'honneur d'y remplacer M. Nicaise en 1892. C'était une femme âgée de 37 ans, lingère, ayant toujours joui d'une excellente santé jusque dans les derniers temps qui avaient précédé son entrée à l'hôpital.

Depuis le mois de mars 1892, ses digestions étaient pénibles, et malgré la conservation de l'appétit, elle avait maigri d'une façon notable. Son corset la gênait, disait-elle, pendant la digestion et lui causait une sensation douloureuse au niveau de l'hypochondre droit.

En août 1892 apparurent, pour la première fois, des vomissements alimentaires et bilieux survenant deux ou trois heures après le repas et accompagnés de tiraillements dans l'hypochondre droit qui obligeaient la malade à marcher courbée.

Jamais elle n'avait eu de colique hépatique ou d'ictère.

A son entrée à Laënnec (14 octobre 1892) on constata dans l'hypochondre droit une tumeur du volume d'une orange, régulière, et de consistance assez dure. On ne peut la délimiter d'une façon précise, cependant en bas, elle reste à quatre travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, en dedans à deux travers de doigt de la ligne verticale passant par l'ombilic, en haut elle se continue avec le foie.

Elle est absolument mate à la percussion, et cette matité se continue supérieurement avec la matité hépatique : la palpation profonde est un peu douloureuse.

La tumeur se déplace de haut en bas en suivant les mouvements respiratoires, mais on ne peut lui imprimer de mouvements de latéralité.

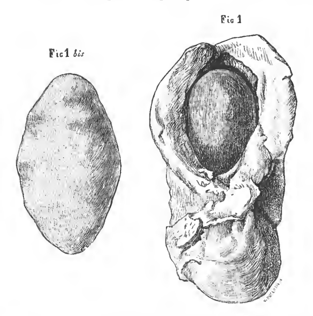
Le foie et la rate ne semblent pas hypertrophiés.

On reste incertain sur le diagnostic de la nature de cette tumeur, elle dépend du foie, mais les symptômes de la lithiase biliaire faisant défaut, on hésite entre un kyste hydatique de la face inférieure du foie ou un calcul de la vésicule. On discute aussi le diagnostic du cancer du foie en raison de l'amaigrissement.

Le 27 octobre 1892, je fais la laparotomie latérale exploratrice. Une incision de huit centimètres conduit sur une vésicule biliaire contenant un gros calcul; je pratique la cholécystectomie.

La vésicule étant peu adhérente est facilement libérée; la face supérieure est décollée avec les doigts, quelques points de la surface d'implantation sur le foie saignent un peu; les hémorrhagies sont facilement arrêtées, la vésicule est sectionnée entre deux ligatures au niveau de son col; fermeture de la plaie abdominale sans drainage. Le 4 novembre, le premier pansement est fait, la réunion est idéale. Cette opérée guérit sans aucun incident.

Comme on peut le voir sur la figure 1, la vésicule biliaire enlevée a des parois très épaissies puisqu'elles mesurent plus de



1 centimètre. Ainsi que l'a révélé le microscope, cet épaississement est fibreux, purement inflammatoire. Le calcul contenu presque à sec dans cette vésicule est noir, il a une forme ovoïde et pèse 18 grammes; le grand axe mesure $5^{cm},5$, le petit $2^{cm},5$.

La seconde malade, Catherine R..., âgée de 45 ans, a été opérée à l'hôpital Tenon en 1895.

Il y a trois ans, la malade commença à avoir des crises de douleurs dans l'hypochondre droit; ces douleurs survenant habituellement après le repas étaient très violentes et forçaient la malade à prendre le lit, où elle gardait une position fléchie.

La durée de ces crises était d'une journée en moyenne. Espacées

pendant la première année, ne survenant que tous les deux ou trois mois, ces crises sont devenues plus fréquentes dans ces derniers temps puisqu'elles se répètent deux ou trois fois mensuellement.

Cette malade n'a jamais eu de vomissements pendant les accès. On n'a pas observé d'ictère.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la matité du foie s'étendait sur une hauteur de 17 centimètres. Dans la région de la vésicule on sent une tumeur dure, arrondie, descendant très bas vers la fosse iliaque. Je portai ici le diagnostic de calcul de la vésicule, avec lobulation partielle du foie, comme cela s'observe assez souvent dans ces cas.

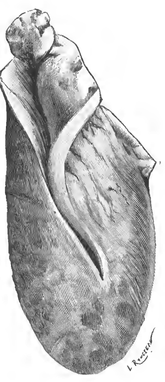


Fig. 2.

Une laparotomie latérale permit d'arriver sur une vésicule biliaire volumineuse, avec hépatoptose partielle du foie. Cholécystectomie idéale après ligature du pédicule sur un point résistant.

Sur la figure 2 on voit cette vésicule biliaire à parois très épaissies, contenant quarante calculs polyédriques par compression réciproque et qui remplissaient complètement la cavité de la vésicule. Comme dans l'observation précédente, les suites opératoires ont été des plus simples.



L'histoire de la troisième malade est plus compliquée, il s'agit d'une femme observée à l'hôpital Laënnec en 1893.

C'est encore une femme, âgée de 49 ans, qui depuis un an s'est aperçue de la présence d'une petite grosseur dans l'hypochondre droit.

C'est par hasard qu'elle la découvre, la grosseur était absolument insensible au début, bien que déjà du volume d'un œuf. Pendant très longtemps aucun trouble fonctionnel. Pas de douleur.

Au commencement du mois de mai dernier, la malade se surmène. Grandes fatigues (nettoyage d'appartements), les douleurs vagues d'abord, se localisent tout autour de la grosseur (cataplasmes, vésicatoire). Ni crise de colique hépatique, ni congestion du foie. Jamais d'ictère.

La malade entre en médecine le 14 juin, dans le service de M. Dreyfus-Brisac et passe à la salle Chassaignac le 30 juin.

Examen à l'entrée. — Les signes fonctionnels sont peu accusés. Les signes physiques sont au premier plan.

A la simple *inspection* on remarque une légère voussure de l'hypochondre droit siégeant au-dessous du rebord des fausses côtes.

Lorsque la malade contracte ses grands droits une grosseur se dessine nettement au niveau du bord externe du muscle du côté droit, empiétant en bas sur la région du flanc.

La *palpation* révèle la présence, au niveau du bord antérieur du foie, d'une grosseur du volume d'une grosse poire, assez régulière et paraissant arrondie à son extrémité inférieure.

De ce côté elle s'isole assez bien, et on la sent descendre jusqu'à la hauteur de l'ombilic.

Sur les parties latérales on arrive aussi à limiter assez bien la tumeur.

Les difficultés commencent lorsqu'on recherche les limites supérieures. Du côté du foie on rencontre une espèce de gros pédicule qui paraît faire corps avec le foie et on ne peut pas sentir de ligne de démarcation nette. Il y a fusion entre la tumeur et la glande.

Notons dès maintenant que la palpation est douloureuse, mais modérément.

Les mouvement de latéralité sont possibles.

La *percussion* complète ces renseignements sur les connexions de la tumeur. Matité au niveau du néoplasme. Sur les parties transversales, la sonorité intestinale apparaît. Mais en haut, la matité hépatique se continue directement avec celle de la tumeur, sans ligne de transition, sans zone sonore interposée.

En résumé, le siège de la tumeur, ses caractères, la percussion, la palpation semblent la rattacher au foie. Un autre caractère important, c'est qu'elle se déplace très nettement avec les mouvements respiratoires.

Il est cependant un signe qui, en médecine, avait fait penser au rein, c'est le ballotement rénal d'une netteté extrême.

Nous rappelons que la malade n'a jamais eu de colique hépatique ni d'ictère.

Les signes généraux sont insignifiants. Jamais de fièvre. Les fonctions digestives sont à peine troublées. Cependant, depuis quelques semaines, la malade a perdu un peu l'appétit et a maigri. Son teint est légèrement sub-ictérique.

En présence de ces symptômes, M. Gérard-Marchant porte le diagnostic d'épithélioma du foie et peut-être de la vésicule.

Opération, — Laparotomie le 4 juillet. Incision latérale de 12 centimètres. On tombe sur le péritoine légèrement épaissi. Incision du péritoine.

Tumeur bosselée greffée sur la vésicule biliaire, tendue et contenant un calcul. On isole le lobule aberrant néoplasique. On place deux gros fils sur le pédicule et on sectionne. Suture du tissu hépatique. On laisse le moignon dans l'angle inférieur de la plaie. Pansement à l'iodoforme.

Examen des pièces. — Dégénérescence épithéliomateuse du bord inférieur du foie, dans la région de la vésicule biliaire.

Le fond de la vésicule a également subi la dégénérescence épithéliomateuse dans la portion non envahie et qui a les dimensions d'un intestin grêle moyennement distendu; on trouve, après section d'une paroi épaissie, un énorme calcul biliaire nageant au milieu d'un liquide épais, sirupeux. Le foie avait subi une lobulation partielle au niveau de la vésicule (ce qui a rendu la résection possible), et il est probable que c'est l'épithélioma de la vésicule qui a commencé, et qui a entraîné l'hépatoptose partielle et l'envahissement néoplasique du parenchyme hépatique.

Malheureusement, moins de trois mois après, le 30 septembre, cette malade succombait à la généralisation de son néoplasme, ainsi que permit de le constater l'autopsie.

Si j'ai été clair dans l'exposé des phénomènes cliniques présentés par ces trois malades, on voit qu'il s'est agi toujours dans ces cas d'une véritable *tumeur vésiculaire* dont le diagnostic était rendu possible par sa continuité avec le foie, bien qu'il soit parfois difficile de se prononcer entre un kyste hydatique et un cancer du foie.

Ces tumeurs peuvent jouir d'un véritable ballottement et amener une confusion avec un rein déplacé, mais il me semble qu'on a exagéré ici les difficultés de ce diagnostic; ces tumeurs vésiculaires ne sont pas réductibles, elles sont dépressibles, elles peuvent être refoulées en arrière, mais lorsqu'on cherche à les refouler par en haut, on ne peut pas obtenir de réduction.

Tous autres sont les caractères des tumeurs rénales, et comme il y a souvent coexistence dans ces cas-là de tumeurs vésiculaires et de rein déplacé, il faut s'habituer à faire ce diagnostic différentiel. Or il y a longtemps déjà que M. Terrier nous a montré comment, en faisant fixer la tumeur hépatique par un aide, on arrive à sentir à un premier, second ou troisième examen, le rein mobile, fuyant, réductible, situé au-dessous et en arrière de la tumeur principale.

Ces trois malades sont remarquables encore, en ce qu'elles n'ont jamais eu d'ictère ou de colique hépatique; ce sont donc là des signes qu'il faut rayer pour ainsi dire du tableau clinique de la lithiase vésiculaire.

Ces calculs se forment très probablement dans une vésicule biliaire fermée. Il s'agit, en résumé, d'une tumeur calculeuse, dont le traitement rationnel est l'extirpation.

Au point de vue opératoire, j'insisterai sur deux particularités :

1° J'ai fait trois fois la cholécystectomie idéale; j'ai pu placer ma ligature sur un pédicule ferme, résistant, et il m'a semblé que dans

ces conditions, je n'avais pas à établir un drainage ; toute autre aurait été ma conduite si le pédicule m'eût paru friable.

2° Pendant la libération de la vésicule, il est bon de ne pas entamer le tissu hépatique, et de laisser adhérents au foie des débris de ce tissu fibreux qui constitue la paroi vésiculaire. Ainsi pas d'hémorrhagies, et l'ablation faite, il reste sous le foie, dans la rainure vésiculaire, un vrai lit de tissu fibreux, une loge, que l'on peut fermer en liant les deux lèvres fibreuses l'une à l'autre.

Communication.

Traitement de l'anus contre nature et des fistules entéro-vaginales,

Par le Dr CHAPUT.

J'ai soigné récemment et guéri deux cas intéressants d'anus contre nature.

Dans l'un, j'ai employé un vieux procédé à peu près abandonné, la cautérisation ; dans l'autre, au contraire, j'ai utilisé un procédé non encore entré dans la pratique, l'entéro-anastomose, avec ligature à la gaze iodoformée.

Il s'agissait dans le premier cas d'une malade que j'ai soignée avec M. Bernard, alors interne de M. Championnière, à Beaujon.

Cette malade avait subi, en novembre 1894, une hystérectomie vaginale avec pinces à demeure. Ces pinces restèrent en place quarante-huit heures. Le troisième jour, en procédant au pansement, on aperçut au fond du vagin une éponge oubliée. Cette éponge fut enlevée avec une pince érigne et aussitôt on vit s'écouler dans le vagin des matières stercorales mélangées de gaz.

Je laisse de côté la question de savoir si l'intestin a été blessé par la pince érigne ou perforé par le contact de l'éponge.

Quoi qu'il en soit, je tiens à spécifier ceci, que la fistule ne siégeait ni sur le rectum, ni sur l'S iliaque, mais, au contraire, sur un point très élevé de l'intestin grêle, puisque le liquide qui s'en échappait était constitué par de la bile presque pure.

En janvier 1895, on fit un double débridement de la vulve, suivi d'avivement et de suture de la fistule. Cette tentative échoua complètement.

On fit alors pendant deux mois des avivements de la fistule au thermocautère, répétés deux ou trois fois par semaine, mais ces tentatives échouèrent également.

Je vis la malade, avec M. Bernard, en mars 1895 ; la fistule siégeait sur la ligne médiane, à 8 centimètres de la vulve environ ; elle était

linéaire, mesurait 6 à 8 millimètres ; elle était bordée de muqueuse intestinale.

Pour la mettre en évidence, il fallait déplisser le vagin ; on apercevait alors la fistule au centre d'un entonnoir vaginal bourgeonnant.

L'exploration de la fistule avec une grande pince courbe montra l'absence d'éperon.

Un crochet à strabisme, introduit dans son trajet, nous apprit que ce trajet mesurait à peine 2 ou 3 millimètres.

Je conseillai à M. Bernard de faire deux fois par semaine des attouchements de l'orifice fistuleux et de l'entonnoir circonvoisin avec une baguette de verre trempée dans l'acide nitrique et soigneusement égouttée et de bourrer ensuite le vagin à la gaze iodoformée.

Ce traitement fut fidèlement suivi ; au bout de quinze jours, la fistule était déjà notablement rétrécie et, six semaines après, elle était complètement oblitérée.

Nous pouvons nous demander pourquoi cette fistule ne guérissait pas spontanément, pourquoi elle a résisté à l'avivement et aux cautérisations au thermo-cautère, pourquoi notre traitement a réussi et pourquoi nous l'avions choisi de préférence aux autres méthodes opératoires?

La fistule ne guérissait pas spontanément parce que l'orifice était bordé de muqueuse et parce que son trajet était très court. En pareil cas, les lèvres de l'orifice ne sont pas en regard et ne peuvent se souder. D'autre part, l'entonnoir vaginal bourgeonnant ne cicatrisait pas parce qu'il était constamment infecté par les matières et parce que la paroi vaginale est très mobile sous l'influence de la respiration, des efforts de la toux, de la miction, de la défécation et des contractions intestinales ; ces mouvements incessants détruisent constamment le travail de cicatrisation.

L'avivement pratiqué en janvier 1895 a échoué en raison de la profondeur de la région et de la difficulté d'y manœuvrer à l'aise. On sait que, pour guérir à coup sûr une fistule intestinale, il faut disséquer largement l'intestin, le séparer de la paroi à laquelle il adhère et fermer par des sutures distinctes l'intestin d'une part, et la paroi abdominale d'autre part. Il est infiniment probable que ce programme n'a pas été réalisé, car, en mars 1895, je l'ai jugé d'exécution impossible ; sans cela, j'aurais tenté cette opération.

Les cautérisations à l'acide nitrique nous ont donné un bon résultat en détruisant le bourrelet muqueux de l'orifice et en avivant l'entonnoir vaginal circonvoisin.

Il est probable que nous aurions échoué avec l'acide nitrique, comme on avait échoué antérieurement au thermo-cautère, si nous n'avions eu la précaution de bourrer le vagin à l'iodoforme. Le tamponnement immobilisait le vagin, déplissait l'entonnoir préfis-

tuleux, oblitérait en partie la fistule et enfin, par son action antiseptique, permettait à la cicatrisation de l'entonnoir vaginal de se poursuivre régulièrement.

Notre observation est d'autant plus intéressante que sur les 40 observations recueillies par Petit et Narath, on ne compte qu'une guérison par la cautérisation (cas de Dahlmann).

Etant donnés la simplicité, la bénignité et le succès de notre traitement, nous n'aurions pas besoin de justifier autrement notre décision thérapeutique ; nous ferons cependant observer que les autres moyens à notre disposition présentaient tous une difficulté ou une gravité plus grande.

L'intervention pouvait théoriquement être faite par le vagin, par la voie sacrée, ou par la voie abdominale.

(*a*) *Par le vagin.* — Par le vagin, on pouvait faire le même avivement que celui de la fistule vésico-vaginale ; mais, outre que les manœuvres étaient difficiles à cette profondeur, il faut savoir encore que les fistules stercorales sont plus rebelles que les fistules urinaires, probablement à cause de la mobilité de l'intestin et de la septicité excessive de son contenu.

D'après les auteurs que nous avons cités, la suture simple n'a donné qu'une guérison (cas de Bidder).

L'avivement simple doit donc être rejeté dans l'espèce et l'on doit se conformer ici aux principes qui sont de mise dans la cure des fistules stercorales en général, c'est-à-dire qu'il faut disséquer largement l'intestin de la paroi, le suturer isolément par deux étages de sutures séro-séreuses ou par abrasion ; il faut encore que les sutures ne soient pas trop tendues ; enfin, on suture isolément la paroi abdominale ou vaginale. Pour réaliser un pareil programme, il faut avoir beaucoup d'espace et manœuvrer à l'aise ; or, ces conditions étaient si peu réalisées dans notre cas que je jugeai impossible d'exécuter une opération correcte sur notre malade.

On aurait pu, à la rigueur, intervenir par le vagin de la manière suivante : ouvrir largement le vagin et le péritoine au-dessus de la fistule. S'aider de l'index et des ciseaux pour détacher complètement l'anse adhérente au vagin au niveau de la fistule. Attirer cette anse à la vulve, aviver les bords de l'orifice intestinal et le fermer par un double étage séro-séreux ; au besoin réséquer l'anse et faire la suture circulaire. Cette dernière pratique a procuré un beau succès à Brenner.

Cette méthode est susceptible de donner de bons résultats quand il n'y a pas d'adhérences massives dans le bassin ; je l'aurais probablement tentée si la cautérisation avait échoué.

L'*iléo-rectostomie* a été pratiquée par Casamayor, Verneuil, Lauwers. Casamayor introduisit les mors d'une pince spéciale, l'un par le rectum, l'autre par le vagin, dans le bout supérieur de l'anse fistuleuse; serrant alors la pince, il fit, comme avec l'entérotome, une brèche faisant communiquer l'iléon et le rectum. Sa malade fut seulement améliorée.

Verneuil conseilla de réaliser cette opération avec une ligature élastique.

Enfin, Lauwers guérit une malade en incisant par le rectum la cloison iléo-rectale et en introduisant par cet orifice la branche d'un entérotome, il obtint ainsi une large communication iléo-rectale.

J'ai moi-même proposé un procédé analogue sur lequel je n'insiste pas. Je ferai remarquer que l'iléo-colostomie n'est indiquée que lorsque la fistule siége sur les dernières portions de l'intestin grêle. Tel n'était pas le cas chez notre malade. Et lors même que la fistule siége sur la fin de l'iléon, l'iléo-rectostomie a le grand inconvénient de supprimer, au point de vue physiologique, une portion plus ou moins grande d'intestin grêle et presque tout le gros intestin. A ce point de vue, cette opération est bien inférieure à l'entéro-anastomose qui n'exige pas de pareils sacrifices. Enfin, l'iléo-rectostomie a besoin d'être complétée par une opération anaplastique fermant l'orifice vaginal.

(*b*) *Opération par la voie sacrée.* — La voie sacrée est sans contredit très avantageuse pour aborder le rectum, mais je ne lui trouve guère que des inconvénients pour intervenir sur les organes génitaux de la femme.

Elle ne donne que peu d'espace pour opérer dans le bassin ; elle a l'inconvénient d'ouvrir le tissu spongieux du sacrum, ce qui n'est pas sans inconvénient si la plaie s'infecte. Or, précisément, et c'est un nouveau grief et le plus sérieux, les plaies s'infectent très souvent, parce qu'elles sont larges et anfractueuses et qu'il est difficile de les soustraire entièrement aux souillures émanées de l'urèthre et du tube digestif.

(*c*) *Opération par l'abdomen.* — L'intervention par l'abdomen est rationnelle, après échec des tentatives par la voie vaginale.

On peut intervenir de quatre manières différentes :

1° En détachant l'anse perforée qui adhère au vagin ; on l'attire alors dans la plaie médiane et on ferme l'orifice intestinal avivé par un double étage séro-séreux.

Il y a deux objections à faire à cette pratique ; la première, c'est qu'on se souille les mains et qu'on inonde le péritoine en manipulant une anse ouverte. En second lieu, les parois intestinales sont

souvent altérées à une assez grande distance autour de la fistule, de telle sorte que la résection complète de l'intestin est souvent nécessaire pour opérer en tissus sains.

2° On peut réséquer largement l'anse perforée après l'avoir décollée du vagin et faire ensuite une suture circulaire par un procédé approprié.

Cette pratique est passible de la même objection que la précédente, en ce sens qu'elle rend fatale l'inoculation des mains et du péritoine.

Roux avait essayé de réaliser ce programme, mais sa malade mourut d'une faute opératoire ; mais Smyly guérit une malade par ce procédé. — J'ai communiqué l'an dernier une observation analogue qui se termina par la mort — pour les raisons que je viens d'exposer.

3° On peut faire ce que les Allemands appellent l'isolement ou la séquestration de l'anse perforée.

Dans ce but, on sectionne le bout supérieur de l'anse avant la fistule et le bout inférieur après la fistule ; on a ainsi quatre orifices, dont deux plus importants conduisent, l'un à l'estomac et l'autre à l'anus vrai ; on réunit les deux orifices par une suture circulaire.

Quant aux deux autres orifices qui appartiennent à l'anse isolée et conduisent à la fistule, on peut ou bien les fermer tous deux par invagination ou bien les suturer à la peau en anus contre nature, ou enfin fermer l'un et fixer l'autre à la paroi. Nous verrons plus loin les inconvénients de cette pratique.

L'isolement a donné deux beaux succès à Erlach et à Narath, mais avec persistance de fistules muqueuses à la peau.

4° La dernière méthode consiste dans l'entéro-anastomose latérale entre les deux jambages de l'anse fistuleuse.

Cette méthode me paraît la meilleure de celles que rend possible la voie abdominale ; je n'en parlerai pas davantage pour l'instant, puisque c'est d'elle qu'il est question dans ma seconde observation.

En résumé, la cautérisation est susceptible de donner de bons résultats dans le traitement des fistules entéro-vaginales lorsque les parois vaginales sont exubérantes.

Parmi les méthodes opératoires proprement dites, il en est deux qui sont particulièrement recommandables. La première consiste à entrer dans le péritoine par le vagin au-dessus de la fistule, à libérer complètement l'anse et à l'attirer à la vulve. On pratique alors à l'aise soit la suture latérale, soit la résection suivie de suture circulaire.

La seconde méthode indiquée, quand la première n'est pas pos-

sible (étroitesse du vagin, etc.), consiste à pratiquer la laparotomie et à faire soit la résection de l'anse malade, soit l'isolement de cette anse, ou mieux encore l'entéro-anastomose entre les deux jambages de l'anse fistuleuse ; on fait, en outre, une ligature à la gaze iodoformée sur chaque bout entre l'anastamose et la fistule.

Dans ma deuxième observation, il s'agit d'une femme de 55 ans atteinte de hernie étranglée ; je fais le 15 mai 1895 la kélotomie. L'anse n'est pas sphacélée, mais le sillon imprimé sur l'intestin par le collet du sac est tellement aminci que je pratique la kélotomie sans réduction. Au bout de quarante-huit heures, une perforation s'établit au niveau du sillon ; elle s'agrandit progressivement, si bien qu'au bout de quelques jours nous avons devant les yeux un véritable anus contre nature avec éperon.

Le 6 juin 1895, j'exécutai l'opération suivante en présence de M. Gross, de Nancy.

Le ventre est incisé sur la ligne médiane. Je vais immédiatement à la recherche des deux bouts qui adhèrent à la région crurale ; après les avoir reconnus, je les suis en bas en haut et je les attire dans la plaie médiane.

Je les maintiens hors du ventre à l'aide de deux sondes cannelées passées à travers le mésentère, et j'achève de fermer le péritoine par des compresses aseptiques.

Je réunis les deux anses encore intactes par un double étage séro-séreux à points séparés et plus en avant, j'incise les deux anses sur une longueur de 5 à 6 centimètres.

Je fais alors : 1° la suture muco-muqueuse des lèvres postérieures ; 2° la suture muco-muqueuse des lèvres antérieures ; 3° deux étages séro-séreux sur les lèvres antérieures.

J'avais ainsi facilité le passage des matières du bout supérieur dans l'inférieur, mais aucun obstacle ne les empêchait encore d'aller jusqu'à l'orifice cutané et de s'écouler au dehors.

Pour remédier à cet écoulement, je pris deux lanières de gaze iodoformée et je les enroulai autour de chaque anse et les y nouai lâchement. Ces ligatures furent posées entre l'anastomose et l'anus contre nature.

L'écoulement stercoral s'arrêta aussitôt et la malade pouvait dès lors être considérée comme guérie de son anus contre nature. Il lui restait, il est vrai, une fistulette allant sans cesse en se rétrécissant et sécrétant un peu de liquide muqueux au sommet d'une petite hernie crurale.

C'est surtout contre la hernie que je fis une dernière opération qui consista dans la cure radicale de la hernie ; au cours de cette opération, je sectionnai l'anse adhérente à la peau et j'en oblitérai les deux bouts par invagination.

La malade guérit sans incidents.

Je reviendrai sur quelques points de cette observation.

D'abord sur la kélotomie sans résection ; cette opération a été

suivie d'une fistule stercorale qui s'est bientôt agrandie au point d'en arriver à l'anus contre nature complet. Je crois que le maintien de l'anse au dehors n'a pas été étranger à la perforation, car l'anse suspecte, à son extrémité inférieure, formait un angle aigu d'où résultait la formation d'un éperon. Or, précisément, la perforation s'est produite sur le bout supérieur, au-dessus de l'éperon. La compression du bout inférieur par l'anneau crural, toujours assez étroit, n'a peut-être pas été étrangère à la perforation en augmentant la tension intestinale dans l'anse exposée.

Ce dernier inconvénient n'existe pas au même degré à la région inguinale, et dans ce cas il suffirait, je crois, de débrider largement la paroi abdominale pour supprimer la compression que j'ai signalée ; mais à la région curale, je crois qu'il faut abandonner les anciens errements, ouvrir le ventre sur la ligne médiane et y attirer l'anse suspecte. Dans tous les cas, on s'arrangera de telle sorte, que la région menacée de perforation soit située non pas sur le bout supérieur de l'anse exposée, mais sur son bout inférieur, afin d'éviter les inconvénients de l'éperon qui se forme au point culminant de l'anse.

J'en arrive au traitement de l'anus contre nature.

Je ferai d'abord remarquer qu'il ne s'agissait pas d'une hernie gangrenée et que nous n'avions pas à compter sur le phlegmon herniaire ni avec les lésions du péritonite septique avec abcès miliaires disséminés, lésions qui rendent si graves les interventions trop précoces.

En l'absence de contre-indications spéciales, j'ai donc opéré de très bonne heure, au bout de trois semaines seulement, et l'événement a montré que je n'avais pas tort.

J'avais affaire à un anus crural, situé à plusieurs centimètres audessous de l'arcade crurale. J'ai déjà soutenu ici, l'an dernier, que cette variété contre-indiquait formellement l'entérotomie, parce que la brèche faite à l'éperon n'est utile qu'au-dessus de l'anneau crural. En effet, au-dessous de l'anneau, les deux bouts ont beau communiquer largement, la constriction du bout inférieur par l'anneau empêche absolument les matières de s'engager dans ce segment d'intestin.

En pareilles circonstances, on est obligé de faire une entérotomie longue de 10 à 15 centimètres pour rétablir efficacement le cours des matières. Cette opération exige plusieurs applications d'entérotome qui durent des mois, encore n'est-on jamais sûr, en pinçant profondément dans le ventre, de ne pas perforer l'intestin ou de ne pas pincer une anse saine.

Pour toutes ces raisons, j'ai rejeté la vieille méthode qui, avec

ses apparences de béniguité, est parfois plus grave que les méthodes dites radicales.

Les deux grandes méthodes en un temps sont la résection et l'entéro-anastomose.

Je rejette la résection qui contamine les doigts et le champ opératoire, qui saigne beaucoup pendant la séparation de l'anse d'avec la paroi abdominale qui dure longtemps et se termine enfin par une suture circulaire que je crois de beaucoup inférieure à l'entéro-anastomose au point de vue de la sécurité [1].

Enfin la suture circulaire s'exécute au voisinage de l'anus contre nature, sur des bouts notablement altérés comme consistance et vitalité.

Au contraire, l'entéro-anastomose s'exécute loin de la fistule, en tissus sains; elle ne comprime pas le mésentère qui doit nourrir les sutures, elle n'exige rien de comparable au pénible et hémorrhagique travail de la séparation de l'anse avec la paroi ; enfin elle ne contamine pas les doigts comme la résection.

L'entéro-anastomose peut s'exécuter avec le bouton de Murphy ou le mien, ou par la suture.

Je craignais le sphacèle de Murphy, et mon bouton n'était pas créé au moment où j'opérai la malade ; c'est pourquoi j'ai fait la suture à trois étages. Elle a été faite très rapidement. En trois quarts d'heure l'opération était terminée, y compris les sutures pariétales, et M. Gross, présent, s'étonna de la rapidité de cette opération.

Quelle que soit la perfection des méthodes instrumentales, le vrai chirurgien devra toujours se tirer d'affaire avec les instruments que l'on trouve partout, car on ne rencontre pas toujours à point donné un bouton de Murphy, en même temps qu'une hernie gangrenée.

La suture restera donc dans la pratique chirurgicale, surtout en dehors des cas d'urgence où il n'est pas encore démontré qu'elle soit vraiment inférieure aux méthodes instrumentales.

Et précisément il arrive ceci, que c'est lorsqu'on est très pressé, lorsqu'on n'a pas le temps de se procurer le bouton, que son indication est la plus formelle, tandis que dans les cas moins urgents où il serait facile de se procurer cet instrument, son emploi est moins indiqué, peut-être même inférieur à la suture bien faite.

Je ne reviendrai pas sur la technique de l'entéro-anastomose, c'est celle que j'ai exposée depuis longtemps ; mais j'examinerai

[1] Dans la suture circulaire, on comprime fatalement le mésentère compris entre les plans de suture. Cette compression compromet la nutrition des parties suturées et expose à la perforation.

avec plus de soin ce qu'il convient de faire pour empêcher les matières de continuer à se diriger vers l'anus contre nature.

Il ne suffit pas d'oblitérer le seul bout supérieur, car les matières passant par l'anastomose parviendraient rapidement à l'orifice cutané par le bout inférieur.

On oblitérera donc les deux bouts, au-dessous de l'anastomose, mais comment? Comte, Hacker ont proposé de rétrécir l'intestin par un pli transversal suturé, mais cette barrière est illusoire ; il en est de même du pli longitudinal de Le Dentu, qui a échoué entre les mains de son auteur, de même que dans mes expériences sur le chien.

On pourrait encore couper les deux bouts entre l'anastomose et l'anus anormal, et fermer les quatre orifices qui en résultent par invagination, pratiquer en un mot l'isolement de l'anse malade, mais ce serait une pratique compliquée qui prolongerait désavantageusement l'opération. Les Allemands ont d'ailleurs démontré les inconvénients d'abandonner ainsi une anse fermée qui, saine, se distend de liquides dans des proportions considérables, et, infectée, suppure, se perfore et tue par péritonite.

On pourrait encore fixer les quatre orifices à la peau, mais on aurait un écoulement stercoral et un écoulement muqueux par les orifices correspondant à l'anastomose et un affaiblissement local de la paroi abdominale.

Il reste encore une dernière combinaison qui consisterait à fermer par invagination les deux orifices menant à l'anastomose et à aboucher les deux autres à la peau.

Cela serait encore long, et en outre exposerait à une fistule muqueuse et à une hernie ventrale au niveau des orifices soudés à la peau.

Il y a mieux, plus simple et plus précis à faire, c'est le procédé que j'ai employé sur ma malade : la ligature à la gaze iodoformée. J'ai montré dans mon mémoire de l'an dernier, que chez le chien, les ligatures s'éliminent dans l'intestin à la façon des compresses de Pilatte et Michaux, comme dans les expériences de Jalaguier et Mauclaire. Quand la ligature a disparu complètement dans l'intestin, celui-ci reste réduit à un calibre de quelques millimètres ; c'est ce qui s'est passé dans l'observation que je viens de rapporter, et il en a été de même dans mon observation de l'an dernier qui peut se superposer exactement à la précédente.

J'ai constaté l'élimination de la gaze iodoformée chez le chien sur des coupes histologiques, et j'ai pu récemment vous montrer une ligature iodoformée en voie d'élimination, chez un malade qui avait subi la gastro-entérostomie et la ligature du jéjunum pour éviter le reflux de la bile dans l'estomac.

Un petit détail qui a bien son importance : sur le chien, quand on noue très fortement la gaze, on provoque souvent la sphacèle de l'intestin et la mort par péritonite. On évite cette complication en arrêtant la lanière de gaze par un fil noué sur ses deux chefs ; la constriction ainsi obtenue est aussi modérée que possible; elle est suffisante pour arrêter les matières et non dangereuse.

Après avoir tari l'écoulement stercoral, le rôle du chirurgien n'est cependant pas encore absolument terminé, puisqu'il reste une fistule intestinale ouverte à la peau, qui laisse écouler, il est vrai, seulement du mucus, ce qui est un ennui réel quoique léger; en outre, il persiste une hernie crurale qui ne demande qu'à s'accroître.

A la grande rigueur, on peut laisser les choses en l'état et se contenter de faire porter un bandage au malade.

On peut faire un peu plus, en guérissant la fistule muqueuse sans supprimer la hernie. Nous avons un moyen très simple et peu dangereux d'obtenir ce résultat ; il consiste à cautériser la fistule avec une baguette de verre imprégnée d'acide nitrique, procédé qui nous a réussi dans notre première observation.

On peut encore supprimer à la fois la fistule et la hernie, comme je l'ai fait dans mon observation, en isolant l'anse fistuleuse au bistouri; on en résèque une partie, on oblitère les deux bouts en cul-de-sac, et on termine par la cure radicale de la hernie crurale.

En résumé, j'estime que le procédé que j'ai employé chez ma malade mérite le nom de cure radicale en un temps de l'anus contre nature, bien que j'aie fait deux opérations successives. L'entéro-anastomose avec ligature iodoformée guérit à elle seule et complètement l'anus anormal;il persiste, il est vrai, une fistule à sécrétion muqueuse et une pointe de hernie, mais la fistule peut être tarie facilement par une simple cautérisation. Quant à la hernie on peut la maintenir par un bandage ou en faire la cure radicale.

Quoi qu'il en soit, l'intervention que je préconise est infiniment plus simple et plus bénigne que la résection; elle est plus rapide et plus bénigne que l'entérotomie avec anaplastie et à ce titre elle mérite, je crois, d'entrer dans la pratique.

Obs. I. — *Fistule entéro-vaginale consécutive à une hystérectomie pour prolapsus. Echec de la suture. Guérison par des cautérisations à l'acide nitrique*, par M. Bernard, ancien interne des hôpitaux, et M. Chaput.

La malade, âgée de 52 ans, était entrée à l'hôpital Beaujon, pour un prolapsus utérin complet, remontant à cinq années.

En avril 1894, elle avait subi une colpo-périnéorraphie. En novembre

de la même année, le prolapsus avait récidivé, et on constatait un allongement hypertrophique du col et du corps utérin. On trouvait 15 centimètres à l'hystéromètre.

Le 27 novembre 1894, on fit à la malade une hystérectomie vaginale avec pinces à demeure. Il n'y eut d'abord rien d'anormal; on enleva les pinces au bout de quarante-huit heures. Le 3e jour, en renouvelant les mèches, on découvre une éponge oubliée dans le bassin. Cette éponge est noire, on l'enlève par lambeaux avec une pince érigne.

Aussitôt que l'éponge est retirée, on voit s'écouler du liquide stercoral mélangé de gaz.

La fistule paraît siéger sur une anse élevée car le liquide stercoral est très caustique; il provoque l'excoriation du vagin et des cuisses et il contient des matières alimentaires à peine modifiées (lentilles, etc.).

Etat stationnaire pendant deux mois.

En janvier 1895, on pratique un avivement des bords de la fistule, après avoir fait un débridement bilatéral de la vulve. Insuccès complet.

A partir de cette époque on fait deux, trois fois par semaine l'avivement de la fistule au thermocautère. On met la malade à la diète, on la constipe, on la nourrit par le rectum, mais sans succès; par intervalles la fistule ne laisse passer que peu de matières, puis surviennent de véritables débâcles.

Vers le milieu de mars 1895, M. Chaput examine la malade. Il constate que la fistule siège à la paroi postérieure du vagin, sur la ligne médiane, à 8 centimètres de la vulve. L'orifice en est linéaire, long de 6 à 8 millimètres, bordé de muqueuse rosée, intestinale. La fistule est cachée au fond des plis formés par la paroi vaginale.

Une longue pince courbe est introduite dans la fistule; on cathétérise les deux bouts de l'anse adhérente, et on constate la présence d'un éperon court et éloigné. Un crochet à strabisme introduit par la fistule permet de constater que cette fistule possède un trajet très court, mesurant 2 à 3 millimètres seulement. Cette circonstance, jointe au revêtement muqueux de l'orifice vaginal de la fistule, constituait en somme des conditions défavorables pour la guérison spontanée ou opératoire.

L'intervention par le vagin était difficile à cause de la profondeur et de l'étroitesse de ce conduit; l'intervention la plus rationnelle semblait devoir être l'entéro-anastomose entre les deux bouts de l'anse fistuleuse, avec double ligature iodoformée au-dessous.

Avant d'en venir à cette extrémité, M. Chaput conseilla de faire deux fois par semaine des cautérisations de la fistule avec une baguette de verre trempée dans l'acide nitrique et soigneusement égouttée, de façon à limiter la cautérisation à la bordure de muqueuse intestinale exubérante et à la paroi vaginale voisine dans une étendue de 1 centimètre autour de la fistule. Après chaque cautérisation, le vagin était bourré à la gaze iodoformée.

Ce traitement fut soigneusement exécuté, et au bout de quinze jours on constatait nettement que le fond du vagin bourgeonnait autour de la fistule qu'il semblait devoir englober.

Après six semaines de traitement, la malade était complètement guérie.

Réflexions. — Nous avons obtenu un succès très satisfaisant, grâce à l'ancienne méthode de la cautérisation, qui est d'ailleurs universellement abandonnée dans le traitement des anus contre nature et des fistules stercorales. Cet abandon est parfaitement justifié pour les orifices stercoraux qui siègent à la paroi abdominale. En effet, les orifices creusés dans l'épaisseur des parois abdominales sont limités par un rebord à parois rigides, et en aucun cas les bords de l'orifice ne sauraient venir au contact sous l'influence de la cautérisation.

Mais dans le cas que nous venons de relater, il n'en était pas de même ; la fistule était cachée au fond des plis d'une paroi vaginale exubérante, et elle était précédée par une dépression en entonnoir qui semblait toute disposée à se fermer par un bonrgeonnement à l'aide d'un traitement approprié. Ce bourgeonnement, nous l'avons réalisé par la cautérisation à l'acide nitrique et par l'étalement du vagin au moyen d'un tamponnement à la gaze iodoformée. Ce pansement s'opposait au séjour prolongé des matières au voisinage de la fistule, lequel empêchait la réparation en entretenant des lésions septiques dans cette région.

En aucun cas, nous ne voudrions généraliser et nous ne conseillons nullement l'emploi de la cautérisation pour les fistules abdominales. La cautérisation ne nous paraît pas davantage applicable à tous les cas de fistules entéro-vaginales, mais nous croyons qu'elle constitue une ressource précieuse lorsque la fistule est petite et lorsqu'elle est cachée au fond des plis d'un vagin exubérant, car la cautérisation agit de deux manières, d'abord en faisant disparaître le revêtement muqueux de la fistule, et en second lieu, en avivant l'entonnoir vaginal qui entoure l'orifice fistuleux ; ces deux conditions réalisées il ne reste plus qu'à maintenir la région aussi aseptique que possible pour se mettre dans les meilleures conditions de guérison.

Un dernier mot sur les causes de la fistule. Il est possible, à la rigueur, que l'intestin ait été déchiré par les pinces érignes qui ont servi à enlever les débris de l'éponge, nous croyons cependant que la fistule s'est produite par un autre mécanisme.

On sait depuis les belles recherches de Jalaguier et Mauclaire, depuis les observations de Pillatte, Michaux et autres, depuis les recherches de l'un de nous sur la ligature de l'intestin à la gaze iodoformée que les corps étrangers introduits dans le péritoine ont une tendance marquée à perforer l'intestin et à s'éliminer par cet organe.

Les éponges en particulier adhèrent très solidement aux organes voisins quand on les abandonne dans le péritoine et il nous paraît très vraisemblable que la perforation de l'intestin ait été produite par l'éponge abandonnée.

Obs. II. — *Anus contre nature crural consécutif à une hernie étranglée. Entéro-anastomose et double ligature à la gaze iodoformée. Guérison* par le Dr Chaput.

Une malade âgée de 55 ans entre, le 15 mai 1895, à l'hôpital Tenon, salle Delessert, pour une hernie ouverte droite étranglée. Cette hernie remonte à trois ans, elle a augmenté progressivement; elle était facilement réductible.

La hernie s'est étranglée le 12 mai au matin; elle entre le 13 mai, salle Delessert, refuse de se laisser opérer, sort de l'hôpital et y rentre le 15 mai avec des symptômes persistants d'étranglement; absence de selles, météorisme, vomissements fécaloïdes, hernie du volume d'un œuf de poule, dure et irréductible.

Je fais la kélotomie le 15 mai.

L'étranglement est très serré. Le mésentère au niveau du sillon d'étranglement est comme sectionné, il saigne abondamment; j'en fais l'hémostase avec quelques sutures à points séparés.

L'intestin à l'endroit de la constriction présente un sillon très large au niveau duquel la muqueuse est détruite sur une hauteur de plusieurs millimètres; la musculeuse paraît amincie également et la perforation semble imminente.

Pour ces raisons, je laisse l'anse au dehors entre deux couches de gaze iodoformée.

Le 17 mai, je constate que l'anse s'est perforée. La perforation est étroite, mais elle s'agrandit progressivement, tant et si bien qu'au bout de quelques jours nous avons un véritable anus contre nature avec éperon, dont l'orifice mesure environ 2 centimètres de diamètre.

Le 6 juin 1895, j'exécute l'entéro-anastomose en présence de M. Gross, de Nancy.

La malade a été purgée l'avant-veille et maintenue depuis au régime lacté exclusif.

Je fais d'abord la laparotomie médiane; je vais à la recherche des deux bouts adhérents à la région crurale. Après les avoir reconnus, je les suis quelque temps de bas en haut et je les attire dans la plaie médiane.

Deux sondes cannelées passées à travers le mésentère des deux anses les maintiennent hors du ventre; le péritoine est fermé par des compresses aseptiques de telle sorte que l'opération est pour ainsi dire extra-péritonéale.

Je réunis d'abord les deux anses encore intactes par un double étage de sutures séro-séreuses. J'incise plus avant les deux anses sur une hauteur de 5 à 6 centimètres, puis je suture les lèvres postérieures de l'incision (suture muco-muqueuse), puis les lèvres antérieures sur

lesquelles j'exécute un étage muco-muqueux et deux autres séro-séreux.

Pour empêcher les matières de continuer à passer par la fistule, je fais sur chaque bout d'intestin, entre l'anastomose et la fistule, une ligature peu serrée à la gaze iodoformée.

Le ventre est enfin refermé. L'opération a duré trois quarts d'heure.

Le lendemain la malade rendit quelques matières par sa fistule stercorale, parce que les ligatures iodoformées étaient peu serrées, mais cet écoulement ne se renouvela plus, et la malade guérit rapidement de cette opération.

Cependant l'orifice fistuleux persistait à la région crurale, il se rétrécissait il est vrai, mais lentement. J'aurais pu, à la rigueur, la guérir complètement par des attouchements à l'acide nitrique, mais ce procédé n'aurait pas supprimé la hernie crurale qui persistait à ce niveau.

Je me décidai donc à pratiquer une nouvelle opération pour réaliser la cure radicale de la hernie et supprimer en même temps les dernières traces de la fistule.

Le 27 juin 1895, je fis une incision verticale cernant l'orifice fistuleux. J'entrai bientôt dans le péritoine.

Je réséquai la fistule intestinale et j'oblitérai les deux bouts d'intestin par invagination et suture.

Je liai le sac herniaire vers son collet, puis je refoulai le fond du sac au-dessus de l'arcade crurale et je fixai ce fond à la paroi abdominale par une suture en U. Des sutures complémentaires furent faites à la soie ; elles comprenaient le périnée, le sac et l'arcade crurale au niveau de l'anneau crural.

Guérison sans incidents.

Présentations de malades.

1° *Extirpation d'une tumeur cérébrale.*

M. Broca. — Le malade que je vous présente m'a été adressé par M. le Dr Legué. Sur ma demande M. le Dr Brissaud, auquel est due la partie médicale de l'observation, l'a admis à l'hôpital Saint-Antoine et a conclu à l'opportunité d'une intervention chirurgicale que j'ai pu pratiquer grâce à l'obligeance de mon maître et ami M. le Dr Monod. Voici son observation résumée [1].

G..., âgé de 31 ans, entré à Saint-Antoine le 23 février avec tous les symptômes fondamentaux d'une tumeur cérébrale : céphalée atroce, continue, localisée à la région pariétale inférieure gauche, s'irradiant au

[1] L'observation *in extenso* sera publiée en collaboration avec M. Brissaud dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*

moment des exacerbations jusqu'à la région correspondante du côté opposé; insomnie, vomissements, amblyopie progressive, stase papillaire.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité générale, aucun trouble de la motibilité, si ce n'est une tendance légère à pencher vers la droite, sans titubation cérébelleuse.

La première crise de céphalée eut lieu en juillet 1895.

L'affaiblissement de la vue date de janvier dernier; à cette époque G... pouvait encore écrire, mais il était incapable de se relire et de lire d'ailleurs toute écriture ou toute composition typographique. L'amblyopie ayant rapidement augmenté, on ne peut savoir lors de son entrée à l'hôpital s'il est encore atteint de cécité verbale. On ne sait pas davantage s'il est hémiopique.

Il a un peu d'amnésie verbale motrice, surtout pour les noms propres et un peu de paraphasie sensorielle. Son acuité audative a sensiblement diminué à gauche.

En février, survient un matin à l'improviste une crise lypothymique sansaura prémonitoire et sans phénomènes convulsifs.

Cet accident décide M. Brissaud à faire pratiquer la trépanation immédiate. L'opération était d'ailleurs justifiée par la persistance de la céphalée. Les circonstances ne permettent pas de faire l'opération avant le 24 mars.

L'absence de troubles moteurs, d'aphasie vraie, de confusion mentale suffit pour localiser la lésion en arrière et au-dessous de Rolando. La cécité verbale, la paraphasie sensorielle, l'absence (au moins pendant fort longtemps) d'hémianopie indiquent le siège de la tumeur. Elle se trouve à l'extrémité de Sylvius, au-dessus du lobe temporal, peut-être à cheval sur ces deux régions. La précision avec laquelle le malade indique le lieu d'élection de la céphalée, au-dessus et en arrière de l'apophyse mastoïde, confirme l'hypothèse de la localisation à l'extrémité de Sylvius.

Première opération (31 mars 1896). — Les lignes sylvienne et rolandique ayant été déterminées par le procédé de Chipault, une croix au nitrate d'argent jalonnant le pli courbe, la trépanation est pratiquée nettement au-dessous et en avant de cette croix, au-dessus et en arrière de l'apophyse mastoïde, vers la région où le malade accusait constamment les douleurs et en ayant pour but de considérer le pli courbe comme la limite postéro-supérieure du champ d'action.

Après les précautions antiseptiques habituelles et le malade étant endormi au chloroforme, le cuir chevelu est fendu crucialement et au croisement des incisions est appliquée une couronne de trépan de 2 centimètres de diamètre. La table externe et le diploé étant entamés au trépan, un coup de gouge fait sauter la rondelle, puis la brèche est agrandie à la pince gouge sans que la dure mère soit en rien lésée. Il est ainsi créé à la région temporo-pariétale du crâne une ouverture ayant environ 7 centimètres de long sur 5 centimètres de haut et, cela fait, la peau est suturée sans drainage.

Dans l'aire de la trépanation, la dure mère était animée de pulsations

et sa couleur était normale, mais elle avait nettement tendance à bomber et, en cherchant à la déprimer, le doigt sentait une résistance anormale. Cette opération dura vingt minutes; elle fut supportée sans la moindre réaction locale ou générale et le deuxième temps opératoire fut réalisé le 2 avril 1896.

Le point de suture ayant été coupé et la plaie désunie, la dure mère fut incisée crucialement en la rayant de la pointe du bistouri, et sous elle le cerveau parut, d'aspect normal; l'inspection ne révélait donc rien à l'écorce, mais la palpation avec l'index permit de sentir que dans la partie inférieure de l'incision cette écorce recouvrait quelque chose de dur, une tumeur siégeant dans le lobe temporal. L'écorce fut donc incisée de bout en bout, parallèlement à la ligne sagittale, et à un centimètre de profondeur on vit une masse dure, rougeâtre, semblant bien limitée.

L'index gauche constata immédiatement que cette limitation était réelle et, enfoncé d'arrière en avant, il pénétra dans un véritable plan de clivage entre la tumeur et la substance cérébrale. Mais cette exploration démontra aussi que la tumeur avait des dimensions considérables; son pôle antérieur était à bout de doigt, c'est-à-dire à environ 7 centimètres du centre de la trépanation et son pôle postérieur parut être à peu près sous le bord correspondant de la brèche osseuse.

A moins d'agrandir beaucoup la trépanation en avant et de prolonger l'acte opératoire, il ne fallait pas songer à énucléer la tumeur en un seul bloc. Elle fut donc, au centre de la trépanation, évidée en deux coups de la grosse curette et après avoir été ainsi sectionnée près du milieu de sa longueur, plus près du pôle postérieur que de l'antérieur, elle put être amenée au dehors en deux fragments volumineux que l'on énucléa avec le doigt et la curette. Il sembla que la partie antérieure tenait un peu en bas et en dedans; pour amener la masse au dehors, il fallut une légère traction et dès que la tumeur eut été énucléée il s'écoula du sang assez rouge, en nappe très abondante.

L'hémorrhagie fut arrêtée avec un gros tampon d'ouate stérilisée; il fut alors possible de vérifier avec le doigt qu'il ne restait pas de fragments néoplasiques dans la cavité cérébrale. Le tampon fut donc remplacé par une mèche de gaze iodoformée assez serrée et sauf la branche inférieure de la croix, par où sortit l'extrémité de cette mèche, la plaie cutanée fut suturée, sans souci de suturer à part les lambeaux de la dure mère.

La durée totale depuis le début de la chloroformisation jusqu'à la fin du pansement fut d'une demi-heure.

M. Brissaud se demande si le point de départ de la tumeur n'est pas la méninge de la fosse sylvienne. La nature de la tumeur (sarcome névroglique) n'infirme pas cette supposition.

La guérison eut lieu sans incidents. Il n'y eut aucun trouble cérébral post-opératoire.

Le 5 avril, la mèche de gaze iodoformée fut remplacée par un drain. Il y a eu une légère issue de substance cérébrale par l'orifice du drain.

Peu à peu la vision s'est améliorée, la céphalalgie a complètement disparu.

État actuel. — Suppression absolue de la céphalée. Appétit, embonpoint croissant, sommeil. Diminution considérable de l'amblyopie. Le malade peut se diriger, compter sur les doigts, couper ses aliments, etc.

A mesure que l'amblyopie diminue, on s'aperçoit qu'il existe très probablement de l'hémianopie droite. Aucun trouble moteur. Diminution rapide et progressive de la paraphasie sensorielle et de la très légère amnésie déjà signalée pour les noms propres.

Le malade réclame instamment sa femme.

Localement une saillie molle soulève la cicatrice.

Discussion.

M. Tuffier. — Cette saillie est-elle en voie d'accroissement ou de diminution. C'est important à savoir pour établir s'il y a ou non un début de récidive et quel doit être dès lors le pronostic définitif.

M. Broca. — La saillie semble actuellement stationnaire, mais je n'en conclus point qu'il n'y a pas de récidive. La repullulation du néoplasme après l'ablation des sarcomes encéphaliques est une règle presque sans exception, si bien qu'il n'y a peut-être pas grande différence, au point de vue définitif, entre le traitement dit curatif et le traitement palliatif. Il faut opérer, car on ne sait pas à l'avance quelle est la nature de la tumeur ; et d'autre part, en cas de tumeur maligne, on peut, comme dans le cas actuel, obtenir sinon la guérison, au moins une amélioration considérable.

2° *Compression forcée dans les névrites.*

M. Delorme. — Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter m'a montré une fois de plus les heureux effets de la compression forcée employée pour faire cesser les douleurs des névrites traumatiques :

M. P..., officier, élève de l'École de Fontainebleau, a fait, il y a quatre mois et demi, une chute de cheval dans laquelle son épaule droite et le côté droit de sa tête ont porté sur le sol. La tête ayant été violemment propulsée à gauche, les nerfs du plexus brachial droit ont été élongés. Il en est résulté une paralysie complète du membre supérieur avec atrophie surtout accusée sur les muscles de l'épaule et du bras. Peu après le traumatisme, ce malade commença à éprouver de vives douleurs spontanées et provoquées dans le membre supérieur et le cou du côté droit, au niveau des branches d'origine du plexus brachial. Ces douleurs né-

cessitèrent l'application de pointes de feu et de calmants à hautes doses. Les douleurs spontanées cessèrent au bout de deux mois et demi, mais la moindre pression continua à réveiller au cou des douleurs aussi intenses qu'au début. Une compression forcée, exercée avec les pouces, fit, en une séance, cesser ces dernières d'une façon complète, et depuis un mois et demi, elle n'ont plus reparu.

3° *Ectasies lymphatiques.*

M. Robert. — J'ai l'honneur de vous présenter un employé des Colonies, âgé de 27 ans, entré ces jours derniers à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce pour se faire opérer d'une hydrocèle volumineuse.

Il est atteint, en outre, d'une dilatation variqueuse des lymphatiques de l'aine gauche qui se manifeste sous la forme d'une double tumeur offrant la physionomie caractéristique des ectasies lymphatiques symptomatiques de la filariose.

L'examen d'une goutte de sang recueillie dans la nuit a, en effet, démontré la présence des filaires en quantité notable.

Les tumeurs de l'aine se présentent avec la consistance pathognomonique ; l'inférieure du volume d'une orange donne la sensation mollasse d'intestins de poulet glissant sous la peau ; elle est située au niveau du sommet du triangle de Scarpa ; la tumeur supérieure, également grosse, siège à la base du triangle, elle est formée de ganglions durs, noyés dans une masse molle, constituée par les lymphatiques ectasiés.

Voici des photographies recueillies depuis quelques années dans mon service. Ces épreuves offrent une grande ressemblance quant à l'aspect des tumeurs de l'aine dues à la filariose.

Discussion.

M. Tillaux. — J'ai eu l'année dernière dans mon service un jeune homme qui se trouvait dans les mêmes conditions. J'ai opéré ce malade, j'ai enlevé toute la partie épaissie du scrotum ; la vaginale s'est trouvée ouverte, on y voyait des ectasies lymphatiques ressemblant à des intestins de poulet. Son médecin d'Haïti, M. Audin, m'a dit qu'il l'avait revu guéri et que les chirurgiens d'Haïti opéraient souvent ces sortes de malades.

M. Nélaton. — La dilatation lymphatique portait-elle sur le scrotum ou sur les ganglions inguinaux ? Le cas de M. Tillaux est superposable aux cas qui ont été signalés par mon père, il s'agissait de varices du scrotum.

M. Tillaux. — Chez mon malade, la tumeur était dans la tunique

vaginale, et c'est là que se trouvaient les varices lymphatiques que j'avais pris pour une hernie épiploïque.

M. Nélaton. — J'ai fait une extirpation d'une tumeur de même nature dans la région de l'aine chez une femme.

M. Moty. — A l'occasion de l'intéressante présentation de M. Robert, je rappellerai que l'intervention chirurgicale dans les cas de ce genre, ne présente pas les dangers que l'on attribuait autrefois aux opérations sur les varices congénitales des lymphatiques de l'aine; Manson et Turner ont pratiqué souvent la résection des paquets des varices lymphatiques scrotales que M. Tillaux décrivait tout à l'heure, et les accidents consécutifs ont été fort rares. La proportion de 2 0/0 représente à peu près la mortalité actuelle; c'est encore assez cependant pour contre-indiquer l'intervention quand les lésions sont multiples et peu douloureuses comme dans le cas actuel.

Dans le cas contraire, quand le cordon et le scrotum sont seuls atteints, on peut réséquer le scrotum ulcéré et les paquets de varices lymphatiques atteignant souvent le volume d'un doigt et que l'on isole assez facilement; avant de sectionner les lymphatiques, on fait refluer de l'abdomen le plus de lymphe possible dans les varices et l'on sectionne vivement en tenant une pince prête pour saisir la filaire adulte qui se présenterait au point de section; faute de cette précaution, l'animal, conscient du danger, se retire aussitôt vers l'abdomen où il est impossible de le poursuivre. Une simple ligature au catgut suffit pour les lymphatiques.

Cette intervention paraît avoir donné des guérisons complètes, définitives; mais il ne faut cependant pas se faire illusion sur le radicalisme de la cure opérée ainsi, car les filaires adultes peuvent siéger en différents points des systèmes lymphatique et veineux et rien ne peut prouver qu'il n'en existe pas ailleurs que dans la tumeur.

On sait, depuis les travaux de Manson, que les embryons lancés en quantité considérable dans la circulation par la ponte probablement quotidienne des femelles, se trouvent dans le sang recueilli la nuit sur une partie quelconque du corps et qu'on en rencontre au contraire très rarement après le lever du soleil. Ces embryons semblent avoir une affinité spéciale pour la trompe des moustiques femelles dans le corps desquels on les trouve avec une fréquence surprenante dans les pays à filaires.

Dans le corps des moustiques ils se dépouillent de la gaine qui les emprisonne et commencent à s'organiser sans que leur sexe devienne encore apparent, puis, à la mort de leur hôte, ils s'échappent dans l'eau des mares où Magalhiës les a trouvés et ren-

trent probablement dans un nouvel hôte humain par le canal digestif avec l'eau de boisson.

La lymphe des varices lymphatiques est tantôt claire, tantôt laiteuse, et peut, dans les deux cas, contenir des embryons ou en être dépourvue ; Manson a bien voulu m'écrire qu'il était porté à considérer l'état chyleux comme dû à la circulation rétrograde du chyle de l'abdomen ; il y aurait intérêt à utiliser toute fistule qui viendrait à se produire au niveau des varices lymphatiques pour fixer définitivement ce point en recueillant la lymphe avant et après les repas.

J'ai enfin émis moi-même l'hypothèse que les embryons mal armés pour résister au courant sanguin, mais très bien organisés au contraire pour traverser les parois des capillaires, passaient dans le tissu cellulaire vers la fin de la nuit ou dans la matinée ; c'est encore une question qui pourrait être tranchée par un hasard heureux permettant l'examen d'un lambeau de tissu cellulaire.

M. Lejars présente un malade dont M. Anger a rapporté l'histoire à propos des lavages du sang (M. Pozzi, rapporteur).

M. Rochard présente un malade atteint de fracture vicieusement consolidée de l'os de la jambe sur laquelle il a pratiqué l'ostéotomie par suture (M. Schwartz, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Quénu.

Séance du 20 mai 1896.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Des lettres de MM. Hennequin, Lejars et Hartmann, qui se portent candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante.

M. Chauvel présente au nom de M. Mitry un mémoire intitulé : *Fractures du larynx*, et, en son nom propre, un volume qui a pour titre *Études ophtalmologiques.*

M. Cahier offre à la Société son article extrait du *Traité de chirurgie clinique et opératoire* ayant trait aux *Lésions traumatiques des articulations.*

Communication.

Kyste de l'ovaire. Péritonite purulente. Ovariotomie. Guérison,

Par le Dr BOIS (d'Aurillac), membre correspondant.

Agnès F..., 50 ans, encore réglée, vient consulter en septembre 1895 pour douleurs abdominales localisées. Un examen sommaire permet de constater l'existence d'un kyste de l'ovaire du volume d'une grossesse de six mois, avec des points de péritonite localisée déterminant des adhérences que l'opération a permis de constater. A ce moment refus formel de toute opération. Accroissement rapide de la tumeur. Six mois après, le ventre a le volume d'une grossesse à terme et plus. Cachexie. *Phlébite* du membre inférieur droit.

Ovariotomie le 12 mars 1896. — Kyste en partie solide. Contenu liquide gélatineux, grisâtre. Adhérences molles. Opération très labo-

rieuse à cause du gros volume de la partie solide. Rien de particulier les 13 et 14 mars. Du 15 au 17, vomissements verdâtres abondants avec diarrhée de même nature, et douleurs abdominales. Ces accidents finissent par se calmer.

23 mars. — Ablation des crins de Florence. La fièvre a toujours plus ou moins existé. Dans la journée où les sutures ont été enlevées, la ligne cicatricielle s'entr'ouvre sur une étendue de 2 ou 3 centimètres, et le lit est *inondé* de *sérosité* purulente.

24 mars. — Chute de la fièvre et aplatissement du ventre qui était resté volumineux jusque-là.

25 et 26 mars. — L'écoulement de sérosité purulente continue très abondant. Pas trop d'accidents généraux; mais la malade est si faible que nous n'osons pas toucher au ventre, nous bornant à un pansement antiseptique. Nous ne pouvions, d'ailleurs, que faire des hypothèses sur l'étendue du foyer de suppuration.

27 mars. — État général des plus inquiétants, face grippée, douleurs abdominales, inappetence absolue.

Le pus contient des *streptocoques*. Injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum de Marmoreck.

28 mars. — Mieux déjà notable. Suppuration moins abondante. Grâce à l'extrême obligeance de M. le Dr Marmoreck, nous avons pu ce jour-là faire une nouvelle injection de 10 centimètres cubes de sérum demandé la veille par le télégraphe. Je tiens à remercier ici publiquement ce savant, car il ne nous semble pas douteux que notre opérée lui doit la vie.

29 mars. — La nuit a été bonne. L'appétit revient un peu. La fièvre existe à peine. 3e injection de 10 centimètres cubes de sérum. Suppuration modérée, non fétide.

30 mars. — Le mieux se maintient.

31 mars. — La suppuration augmente de nouveau.

1er avril. — 4e injection de 10 centimètres cubes de sérum. Amélioration graduelle les jours suivants.

10 avril. — Suppuration très réduite. État général bon.

6 mai. — La suppuration est à peu près tarie. L'appétit et le sommeil sont bons. La malade commence à se lever.

L'enflure des jambes a disparu. La convalescence ne semble plus devoir rencontrer d'obstacles.

C'est surtout au point de vue de l'action favorable, difficile à contester dans ce cas, du sérum antistreptococcique que cette observation nous a paru offrir quelque intérêt.

Quoi qu'il ne nous ait pas été possible de constater de visu l'étendue du foyer de suppuration, nous ne pouvons pas mettre en doute la participation de la cavité péritonéale à la formation de ce foyer. En effet, les phénomènes si intenses qui ont précédé l'écoulement du liquide (vomissements verdâtres prolongés, fièvre vide, etc.), l'abondance considérable et la nature du liquide écoulé

inondant à plusieurs reprises le lit de la malade, ne permettent pas de supposer l'existence d'un simple abcès développé entre les divers plans de suture (il y en avait trois) en dehors du péritoine. C'est donc bien d'une péritonite purulente que notre malade est guérie.

Suite de la discussion sur les interventions chirurgicales dans la lithiase biliaire.

M. Routier. — Je suis intervenu huit fois pour des calculs de la vésicule biliaire ; à propos de ces huit observations, je vais à mon tour vous soumettre quelques réflexions touchant les deux points principaux que vise la discussion, c'est-à-dire le diagnostic, et le mode d'intervention.

Tout d'abord, sur ces huit observations, je compte sept femmes et un seul homme.

Si tous ces malades n'ont pas eu d'ictères bien caractérisés, ils ont eu au moins et plus ou moins complet le syndrome de la colique hépatique ; tous ont été amenés à demander des soins surtout pour deux symptômes dominants, la douleur, et le manque absolu d'appétence entraînant une adynamie très prononcée.

La douleur n'a jamais manqué dans aucune de mes observations, elle siégeait au niveau du foie, plus particulièrement au niveau de la vésicule, et la simple pression à cet endroit l'exaspérait.

En cherchant la douleur, on était tout naturellement amené à chercher la tumeur, je dois dire que je l'ai rarement trouvée ; et, cependant, dans tous les cas que j'ai opérés, j'étais appelé auprès du malade par son médecin et pour la tumeur biliaire qu'il avait souvent sentie ou cru sentir.

Or, en relisant mes observations, je ne trouve que deux cas où j'ai pu sentir la vésicule, la tumeur biliaire par la palpation ; je vous dirai tout à l'heure que le plus souvent, la laparotomie faite, j'ai dû chercher la vésicule en m'aidant de mes connaissances anatomiques plus encore qu'en me guidant sur la saillie qu'elle pouvait faire.

Il est évident pour moi qu'il en est ici pour la vésicule comme pour l'appendice et, en général, comme pour n'importe quel organe de l'abdomen enflammé ou douloureux ; la douleur provoquée par la palpation provoque un réflexe se traduisant par une contraction musculaire qui défend, qui protège l'organe malade contre les atteintes et rend sa palpation impossible.

Cependant, tandis qu'on n'arrive jamais à sentir l'appendice, on peut quelquefois sentir la vésicule.

J'en ai eu un exemple superbe chez Mme G..., âgée de 39 ans, que j'opérai le 25 juillet 1891 et à qui j'ai fait précisément la cholécystectomie.

Cette dame avait des crises de coliques hépatiques très nettes, depuis treize ans, et se plaignait d'avoir une tumeur dans l'hypochondre droit, sous les côtes. Quand je fus appelé à l'examiner, la palpation la plus attentive ne me permit de sentir aucune tumeur; mais quelques jours après, appelé pendant une crise, je vis et je sentis une tumeur piriforme qui soulevait la paroi abdominale comme si elle avait voulu s'énucléer.

Cette tumeur suivait les mouvements de la respiration, comme le foie, et était douloureuse. C'était bien la vésicule que j'enlevai complètement sans l'ouvrir.

Cette dame va très bien depuis et n'a plus souffert du foie.

Par conséquent, s'il n'y a pas de signes absolus et toujours constants de la tumeur biliaire, il y a toujours une réunion de symptômes qui permet d'arriver au diagnostic.

En l'absence de tumeur appréciable à la palpation, j'attache la plus grande importance aux crises antérieures de coliques hépatiques, avec ou sans ictère, à la douleur, surtout augmentée par la pression de la région, enfin à cet état adynamique déprimé qui n'est cependant pas la cachexie cancéreuse.

Le diagnostic n'est cependant pas toujours facile, et j'ai souvenir de deux laparotomies qui m'ont conduit sur un cancer du foie, alors que j'avais entrepris l'opération, très poussé par un médecin de mes collègues et non des moins autorisés à avoir une opinion de valeur à propos de ce qui regarde le foie.

Ma dernière observation a trait à une femme qui m'était adressée pour des crises et coliques appendiculaires ; elle avait aussi eu auparavant des crises de coliques hépatiques, j'ai trouvé, en effet, un appendice atrophié, adhérent et j'ai pu enlever par la même incision la vésicule biliaire qui était contractée sur deux calculs muriformes gros comme des œufs de pigeon.

Pour ce qui est de mes interventions, j'ai fait trois fois la cholécystectomie et cinq fois la cholécystotomie. J'ai eu un mort pour mes trois cas de cholécystectomie, toutes mes cholécystotomies ont guéri; il n'y a cependant aucune conclusion à en tirer, car la malade que j'ai opérée en 1890 à Laënnec avec l'aide de mon collègue G. Marchant et de M. Morax alors interne du service, était arrivée au dernier degré de marasme; elle mourut dans la journée et on trouva à l'autopsie le foie criblé d'abcès anciens, avec cholédoque dilaté et un calcul au niveau de l'ampoule de Vater; j'avais fait

par la cholécystectomie une opération incomplète, et qui, du reste, avait été assez difficile.

Je crois qu'il n'est pas possible d'établir une règle absolue, et qu'il est fort inutile d'établir par les statistiques des divers opérateurs, par conséquent avec des facteurs de nature différente, une sorte de comparaison entre la cholécystectomie et la cholécystotomie au point de vue de leur gravité.

Pour ma part, et je suis convaincu que beaucoup de chirurgiens sont dans mon cas, je n'ai fait la cholécystotomie que parce que la cholécystectomie était ou trop difficile ou impossible, et si j'ai eu un mort par cholécystectomie, on pourrait en tirer de bien fausses conclusions si je ne l'avais pas expliqué plus haut.

Je ne puis m'empêcher de dire ici combien j'ai été frappé de la bénignité des interventions sur le foie, quelles que soient les lésions qu'on attaque, je ne parlerai ici que de la vésicule calculeuse.

Et je vais le prouver par la simplicité de ma pratique qui m'a du reste été imposée par les faits que j'ai eu à traiter.

Quand je dis que j'ai fait la cholécystotomie, il faut le prendre au pied de la lettre, c'est-à-dire que j'ai fait tout simplement la taille de la vésicule, pour la vider de son contenu, bile ou calcul.

L'aurais-je voulu, je n'aurais jamais pu, vu l'état de friabilité des parois de ces vésicules, les coudre à la paroi abdominale; dans plusieurs cas, j'ai dû chercher la vésicule cachée par le colon, par un lipome, par des adhérences, elle était alors si rétractée qu'il eût été impossible de l'amener au contact de la paroi, j'ai donc simplement ouvert ces vésicules, j'ai mis un drain dans leur cavité nettoyée, puis étalant au-dessous une mèche de gaze iodoformée, je refermais la plaie du ventre sauf le point par où sortaient le drain et la mèche.

Celle-ci était le plus sovvent enlevée le quatrième jour et le drain au bout de huit ou dix jours.

J'ai toujours eu dans tous mes cas de cholécystotomie une fistule biliaire immédiate, mais je dois dire que chez toutes mes malades ces fistules se sont taries entre treize jours et vingt-huit jours.

Dans ce cas, cependant, la fistule persiste, mais c'est un cas très particulier, et la malade ne s'en porte pas plus mal, elle ne perd, du reste pas de bile pour ainsi dire.

Il s'agit d'une vieille dame de 64 ans, qui, après de nombreux accès de coliques hépatiques, datant de 1872, eut en 1889, un gros abcès de la région qui s'ouvrit spontanément par deux points, il sortit de la bile et des calculs ; cet abcès restant fistuleux fut incisé, mais les deux fistules se reformèrent et c'est dans cet état que j'eus à la traiter en octobre 1895.

Je débridai largement ces deux fistules et fus conduit par un orifice à travers la paroi abdominale jusque dans la région de la vésicule, j'arrivai dans une cavité tomenteuse qui devait être la vésicule elle-même, j'en retirai trois calculs et la drainai, il était impossible, je crois, de vouloir tenter une cholécystectomie, l'état de la malade était fort précaire et je ne sais si elle aurait supporté une intervention plus sérieuse.

Cette malade va actuellement fort bien, elle a repris des forces, a engraissé, elle conserve, il est vrai, une fistule par où il est sorti un calcul biliaire gros comme un pois, il n'y a pas longtemps, mais elle ne perd pas du tout de bile, et fait en vingt-quatre heures sur son pansement une tache de sérosité de la dimension d'une pièce de vingt sous.

On a beaucoup reproché à la cholécystotomie la fistule biliaire consécutive.

La bile coule, en effet, en grande quantité le ou les premiers jours par l'orifice fait à la vésicule, mais cette quantité diminue bien vite, et presque aussitôt, les malades, d'abord très amaigris, reprennent rapidement de l'embonpoint, et bientôt la fistule se ferme.

J'ai en ce moment encore dans mon service un homme à qui j'ai ouvert la vésicule, et qui perd depuis le 21 mars des flots de bile, ce qui ne l'a pas empêché de gagner 9 kilogs en poids. Mais ici, je n'ai pas trouvé ce calcul, sa vésicule était grosse et pleine d'un liquide clair, je n'ai pas senti de tumeur plus loin, je ne sais pas ce qu'il a, son ictère a pâli, mais non pas disparu.

Pour me résumer et pour conclure, je dirai donc que, dans le cas de calcul de la vésicule, la conduite du chirurgien doit être dictée par les circonstances; il enlèvera la vésicule s'il le peut sans compliquer son opération; dans le cas contraire, il pourra se contenter de la cholécystotomie avec la ferme conviction de voir ses malades guérir souvent assez bien et presque aussi vite, sans avoir fait une opération ni plus ni moins grave.

Voici, du reste, mes observations :

Obs. I. — *Calculs biliaires. Cholécystectomie. Abcès multiples du foie. Mort.*

I. R..., 39 ans, entre le 11 avril 1890 à l'hôpital Laënnec; nombreux accès de coliques hépatiques remontant à son enfance, garde le lit depuis six mois; ictère, urines biliaires, amaigrie, fièvre rémittente.

Pas de tumeur biliaire, mais douleur exaspérée par la pression.

Laparotomie le 23 avril, avec l'aide de mon collègue G. Marchand. — Grande difficulté à trouver la vésicule cachée par son adhérence et une vraie fusion du côlon. En la disséquant, je la perfore; issue d'un gros

calcul muriforme, la vésicule est détachée, liée à son collet et réséquée ; grosse mèche de gaz pour drainer, parce qu'il a coulé de la bile. — Morte le soir.

Autopsie. — Le foie est criblé d'accès anciens, dilatation du cholédoque, gros calcul au niveau de l'ampoule de Vater.

OBS. II. — *Calculs biliaires. Cholécystotomie. Guérison.*

M B..., 23 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 15 septembre 1892. Ictère subit en avril, elle doit s'aliter, matières décolorées, urines biliaires. Plusieurs accès de coliques. Très amaigrie.

Pas de tumeur biliaire, mais douleur à la pression ; le muscle droit, très contracté, empêche toute palpation.

Laparotomie le 15 décembre. — Je dois chercher la vésicule par dissection, elle contient trois calculs à facettes.

Drain dans la vésicule, mèche iodoformée, plate au dessous, suture à la paroi.

28 janvier 1893. — Elle est tout à fait cicatrisée.

Revue en 1896 en parfait état, extraordinairement engraissée.

OBS. III. — *Calculs biliaires. Cholécystotomie. Guérison.*

A. G..., 38 ans, entre à Necker le 11 mai 1894. Coliques hépatiques depuis trois ans, ictère vert, douleur.

Pas de tumeur biliaire, douleur violente spontanée et exaspérée par la pression, muscle droit contracté.

Très amaigrie et presque cachectique.

Laparotomie le 29 mai. — Il faut disséquer le côlon pour mettre à nu le fond de la vésicule ; je ne trouve pas prudent de continuer cette dissection, j'ouvre la vésicule, boue biliaire, puis deux calculs à facettes, comme deux noisettes.

Impossibilité de cathétériser les voies biliaires.

Drain dans la vésicule, mèche plate et suture de la paroi.

27 mai. — Guérison.

Revue en parfait état.

OBS. IV. — *Calculs biliaires. Cholécystectomie. Guérison.*

J. G..., 39 ans. Premiers accès de coliques hépatiques il y a 13 ans. Douleur de la vésicule très avancée, qui persiste neuf mois. Crises tous les trois mois.

Jamais d'ictère, sclérotiques quelques fois jaunes, matières quelques fois décolorées.

A un premier examen, je ne puis sentir la tumeur qu'elle affirme avoir dans la région de la vésicule ; la malade paraît très étonnée que je ne la trouve pas.

Rappelée auprès d'elle pendant une crise, je vois se dessiner sous les fausses côtes une tumeur piriforme qu'on peut saisir entre les doigts ; elle soulève la paroi, malgré la contraction du muscle droit.

Laparotomie le 25 juillet 1895. — La vésicule apparait, adhérente à l'épiploon et à un appendice du côlon, facile à détacher par quelques coups de ciseaux de la face inférieure du foie; j'arrive sur le col qui contient manifestement un calcul, je le refoule dans la vésicule pour pouvoir lier et couper au thermo.

Drain au contact, mèche à plat. Suture de la paroi.

La vésicule à parois très hypertrophiées, grosse comme une poire d'Angleterre, contient un gros calcul dans son fond et puis une quantité considérables de petits calculs à facettes. Fistule biliaire consécutive.

8 août. — Guérison complète.

Revue depuis, en 1896, en parfait état.

Obs. V. — *Fistules biliaires. Cholécystotomie.*

M..., 64 ans. A des coliques hépatiques depuis 1872.

Gros abcès en Algérie, en 1889, au niveau de la région hépatique qu'on laissa s'ouvrir seul, ce qui donna lieu à deux orifices qui sont depuis restés fistuleux. Malade cachectique.

19 octobre 1895. — Large incision réunissant les deux fistules, on peut alors arriver sur le trajet qui semble perforer la paroi; par ce trajet, j'entre dans le ventre et suis conduit dans une cavité tomenteuse : c'est la vésicule, il y a deux calculs que j'ai grand'peine à extraire.

Drainage. Écoulement biliaire presque nul.

1896. — Il persiste une petite fistule par où il sort de petits calculs hépatiques de temps en temps.

Obs. VI. — *Calculs biliaires. Cholécystotomie. Guérison.*

W..., 34 ans. Ictère depuis trois semaines, vomissements incessants, dénutrition rapide, fèces décolorées, urines bilieuses.

Pas de tumeur biliaire, mais douleur vive de la vésicule. Frisson, fièvre, 39°,4.

Je l'opère sur les instances de son médecin, malgré un ptosis de la paupière supérieure droite.

Laparotomie le 30 janvier. — Il faut chercher la vésicule après avoir détaché le côlon; j'ouvre la vésicule et j'en tire 27 calculs.

Drain, mèche plate. Suture de la paroi.

Elle guérit de mon intervention; mais bientôt elle présente des troubles de décubitus aigu, large eschare, urine purulente, et elle meurt le 16 mars. Lésion médullaire.

L'autopsie montre que tout était bien du côté du foie.

Obs. VII. — M.-L. O..., 50 ans. A eu depuis quatre ans de fréquentes douleurs dans la fosse iliaque droite; une fois elle a dû prendre le lit; son ventre aurait gonflé, elle fut malade cinq ou six jours. Depuis un an elle a, en outre, des crises de douleurs épigastriques, du côté du foie; elle distingue bien les deux sortes de crises. N'a pas eu d'ictère. Rien à la palpation.

16 mai 1896. — Incision sur le bord du droit, recherches laborieuses

de l'appendice, qui est rudimentaire se continuant par une sorte de tractus fibreux, ligature, résection.

La vésicule paraît grosse comme le pouce ; elle contient deux gros calculs. Je la détache facilement du foie. Ligature à la soie, ligature au catgut au-dessus. Section au thermocautère.

M. Ch. MONOD. — Je résumerai d'abord brièvement quatre observations personnelles qui me paraissent pouvoir prendre utilement place dans la discussion.

OBS. I. — *Hydropisie et lithiase de la vésicule biliaire. Calculs très nombreux (233). Cholécystectomie. Guérison rapide*[1].

Homme, 44 ans, portant en dessous du foie, à droite, derrière le muscle droit, une tumeur qui descend jusqu'au-dessous de l'ombilic, non fluctuante, non douloureuse, un peu mobile, n'ayant occasionné aucun trouble fonctionnel et, en particulier, aucun phénomène pouvant être mis au compte de l'affection calculeuse du foie (ictère colique, etc.).

Laparotomie le 12 janvier 1893. — Incision médiane, mis à nu d'une tumeur d'aspect kystique. Issue, par ponction, de 250 grammes d'un liquide clair, transparent comme de l'eau de roche. On croit à un kyste hydatique. Ce n'est qu'en reconnaissant, par le palper dans la vésicule vidée, les calculs contenus, qu'on se rend compte de la véritable nature de l'affection.

Incision large de la vésicule, extraction de très nombreux calculs à facettes, de volume variant de celui d'une lentille à celui d'une noisette.

Considérant que le liquide évacué ne contient pas trace de bile, qu'aucun liquide ne s'écoule par la vésicule ouverte, que le malade, enfin, n'avait à aucun moment ressenti de troubles du côté des voies biliaires, je me crois en droit de conclure que l'oblitération du canal cystique était complète ou, en tous cas, suffisante pour donner à une suture le temps d'assurer une fermeture solide au canal cystique, que, en conséquence, je pouvais réséquer la vésicule et abandonner la tunique et le ventre. C'est ce que je fis après avoir refermé la vésicule sectionnée le plus près possible du canal cystique par deux plans de sutures au catgut. Fermeture de la paroi abdominale par trois plans de sutures ; pansement à plans, sur drainage.

Suites : aucune réaction, ni locale, ni générale. Pansement le neuvième jour; ablation des fils, la réunion est complète ; le 26e jour, le malade est présenté à l'Académie. Il est revu deux mois plus tard en bonne santé.

[1] L'observation a été publiée *in extenso* dans la thèse de M. A. Morin : « De l'hydropisie de la vésicule biliaire » (*Thèse de Paris*, 1894).

Obs. II. — *Lithiase de la vésicule biliaire. Cholécystostomie (suture seconde). Fistule muqueuse. Cholécystectomie vingt-huit mois plus tard. Guérison* [1].

Femme, 33 ans, rhumatisante, arthritique, bien portante, d'ailleurs. Depuis six ans, coliques hépatiques, survenant cinq à six fois par an ; jamais d'ictère, pas d'amaigrissement ni perte de forces.

Dans l'hypocondre droit, derrière le bord externe du muscle droit, tuméfaction dure, mal limitée, suivant les mouvements de la respiration. Le foie n'est pas notablement augmenté de volume.

Laparotomie le 15 décembre 1895. — Incision médiane. La vésicule distendue apparaît sous la lèvre droite de la plaie. Ponction, issue de 80 grammes d'un liquide ayant l'aspect et presque la consistance du sirop d'orgeat. Incision de la poche et extraction de deux à trois calculs, dont l'un a le volume d'une petite noix. Un dernier calcul, logé dans le canal cystique, ne peut être dégagé : il est laissé en place.

Fixation de la plaie vésiculaire à la paroi abdominale. Drain dans la cavité. Fermeture de la paroi du ventre, en dessus et en dessous.

Suites excellentes, pas de fièvre. Les fils sont enlevés le 9e jour, réunion complète, sauf le point par où passe le drain. Issue par celui-ci de quelques gouttelettes de mucus ; pas de bile.

Les jours qui suivent, on fait à diverses reprises des tentatives pour extraire le calcul enclavé. Il se brise et on n'en obtient que quelques fragments.

La malade quitte l'hôpital en conservant son calcul et sa fistule qui ne donne issue qu'à du mucus non coloré par la bile.

Elle rentre à l'hôpital en avril 1895, donc deux ans et quatre mois après la première intervention. Elle porte toujours, au niveau de la cicatrice, un petit orifice fistuleux, donnant issue à un liquide transparent qui, examiné, ne contient pas trace de pigments biliaires. Au stylet, on sent nettement le calcul laissé lors de la première opération. Il n'y a plus eu de coliques hépatiques. Toujours pas d'ictère.

Nouvelle laparotomie le 29 avril 1895. — Incision verticale passant par l'orifice fistuleux. Dégagement de la vésicule, au bistouri et aux ciseaux, des adhérences qu'elle a contractées avec la peau et les parties voisines. Ce dégagement est poussé jusqu'au foie. Le calcul enclavé est extrait par débris, à la curette, jusqu'à ce que le stylet n'en trouve plus trace.

Tentative de cathétérisme des voies biliaires ; la bougie ne peut même pénétrer dans le canal cystique.

Cette exploration négative d'une part, l'examen du liquide fourni par la fistule de l'autre, montrant que la communication de la vésicule avec les voies biliaires n'existe plus, m'engagent à pratiquer la résection de celle-ci.

[1] D'après les notes prises par M. Raffray, interne du service.

La section porte le plus près possible du foie. Suture de la plaie vésiculaire par deux plans de suture au catgut superposés.

Fermeture de la paroi abdominale, complète, moins l'espace nécessaire au passage d'une mèche de gaze iodoformée et d'un drain qui pénètrent jusqu'au moignon de la vésicule suturée.

Suites : la gaze iodoformée est enlevée le lendemain, le drain est maintenu.

Le 2 mai, écoulement d'un peu de bile par le drain; depuis lors, cet écoulement ne s'est pas reproduit.

Le 5 mai, ablation des fils de la paroi.

Le 8 mai, suppression du drain.

Légère suppuration qui continue jusqu'au 15 mai.

Le 25 mai, sortie de la malade guérie.

J'en ai reçu des nouvelles récemment (1896), la guérison se maintient.

Obs. III. — *Lithiase de la vésicule biliaire. Cholécystostomie (suture seconde). Issue de nombreux calculs (200). Fistule biliaire rebelle. Au bout de dix-huit mois : Cholécystentérostomie. Guérison.*

Femme, 41 ans. Aurait eu un accès de colique hépatique en août 1893, sans ictère. Depuis lors, souffre dans le côté droit et dans l'épaule droite.

Je vois la malade pour la première fois en février 1894. Elle présente alors au-dessous du foie, vers le bord externe du muscle droit, une tuméfaction vague, de nature mal déterminée, et plus bas une masse mobile, qui est certainement un rein déplacé.

Trois mois plus tard, un de mes collègues des hôpitaux, consulté, pose le diagnostic de rein flottant, peut-être avec hydronéphrose concomitante.

Le rein flottant n'est pas douteux ; mais il me semble que la petite masse dure, mobile, trouvée au-dessus et en dedans, est bien distincte du rein ; j'émets l'hypothèse de calculs de la vésicule.

Le Dr Aug. Voisin, médecin ordinaire de la malade, se range à mon avis. La laparotomie, au moins exploratrice, est proposée et acceptée.

Laparotomie le 15 juin 1895. — Incision médiane sus-ombilicale.

Le péritoine ouvert, le doigt est introduit dans le ventre et sent immédiatement sous le foie, le débordant sur une longueur de deux à trois travers de doigt, la vésicule bondée de calculs, mobiles, glissant les uns sur les autres.

Incision de la vésicule, dont le pourtour était abondamment garni d'éponges aseptiques. Issue de bile verdâtre et de nombreux calculs. Je ne puis les enlever tous, n'ayant pas de curette assez longue pour pénétrer jusqu'à l'extrémité de la vésicule qui s'enfonce sous le foie sur une longueur de 8 à 10 centimètres.

La perméabilité des voies biliaires me paraissant d'ailleurs douteuse, je crois plus prudent de fixer la vésicule ouverte à la paroi par des fils

de catgut placés à la façon de M. Terrier dans ses opérations de gastrostomie.

La paroi abdominale est fermée en dessus et en dessous, un drain est placé dans la vésicule.

Suites. — Aucune réaction. Les fils sont enlevés le 7e jour. Ce même jour j'enlève avec la curette 96 petits calculs, le lendemain, de la même façon, 91 nouveaux calculs, trois jours plus tard, 8 calculs petits et un gros comme une noisette, que je saisis avec une pince et que je fais passer, non sans peine, à travers l'orifice fistuleux.

Il ne reste plus de calculs, j'en ai extrait au total plus de 200.

Le drain est supprimé. Il est devenu moins utile que le lendemain de l'opération. La bile s'écoule librement par la fistule et en quantité toujours croissante. Les selles sont décolorées ; il semble que toute la bile s'échappe par la fistule, qu'il n'en passe pas dans l'intestin.

La malade, opérée le 15 juin, se lève le 2 juillet et quitte la maison de santé le 13 juillet, conservant sa fistule biliaire. Lorsque je reviens de vacances, en octobre, j'apprends que l'écoulement de bile n'a pas cessé, qu'il est plus abondant que jamais; les selles restent décolorées, sans trace de bile à l'analyse. La malade a sensiblement maigri.

Deux tentatives d'occlusion temporaire de la fistule pour s'assurer de l'état de perméabilité du cholédoque sont suivies d'accidents graves de rétention biliaire.

Mon maître, M. Terrier, appelé par moi en consultation, approuve mon idée d'avoir recours à la cholecystoentérostomie, pour mettre un terme à cet écoulement biliaire. Toute autre opération serait, en effet, dangereuse ou inefficace (la cholédochotomie exceptée), étant donné l'obstruction certaine du cholédoque.

Deuxième opération, le 10 décembre 1894. — Cholécystentérostomie pratiquée avec le bon concours et l'aide effective de M. Terrier ; il serait plus exact de dire que la partie la plus délicale de l'opération, l'abouchement de la vésicule dans l'intestin, a été pratiqué par mon excellent maître auquel j'étais heureux de passer la main.

Les suites de cette opération furent des meilleures. Dès le 12 décembre, les selles commencèrent à se colorer à nouveau. Il n'y eut ni un malaise, ni un vomissement jusqu'à la sortie de la malade de la maison de santé (le 23 décembre).

Rentrée chez elle, elle est prise de vomissements bilieux abondants, semblant résulter du reflux de la bile de l'intestin dans l'estomac, en même temps que les selles se décoloraient à nouveau. Au bout de quelques jours, à la suite de l'administration de tisane chlorhydrique (1 gr. d'acide chlorhydrique dans un litre d'eau par verrée), les vomissements cessent.

Des crises semblables se reproduisent à des intervalles variés, pendant les mois de février et de mars, puis elles cessent complètement. La malade peut, dès lors, être considérée comme guérie.

Elle est morte ultérieurement, mais d'une affection intermittente, sans nouvel incident du côté des voies biliaires.

OBS. IV. — *Lithiase de la vésicule biliaire. Cholécystostomie. Fistule muqueuse paraissant en voie de fermeture spontanée.*

Femme, 44 ans. En mai 1892, première crise de colique hépatique, sans ictère ni décoloration des selles. Deuxième crise en juillet 1895, sans ictère, mais avec décoloration des selles.

Actuellement, sous les fausses côtes, derrière le muscle droit, tumeur petite, lisse à sa surface, un peu douloureuse à la pression, suivant les mouvements respiratoires, qui, étant donnés les antécédents de la malade, ne peut être autre chose que la vésicule biliaire distendue. Le foie déborde très légèrement les fausses côtes.

Laparotomie le 28 janvier 1896. — Incision sur le bord externe du muscle droit. Le péritoine ouvert, on voit et l'on sent la vésicule déborder le foie et s'enfonçant au-dessous de lui.

Ponction. — Issue de 50 grammes environ d'un liquide clair, incolore comme celui des kystes hydatiques. L'ouverture faite à la vésicule est agrandie et j'explore avec le doigt la cavité. Elle est absolument vide. Ce n'est qu'à bout du doigt que j'arrive à sentir l'extrémité d'un calcul engagé dans le canal cystique.

Ce calcul se sent très bien aussi par l'exploration externe du canal ; on reconnaît ainsi qu'il est allongé et doit avoir 2 à 3 centimètres de long; la paroi du canal paraissait faire corps avec lui. J'essaye vainement de le déloger, soit avec des pinces, soit avec de petites curettes. Vainement aussi, j'essaie de l'écraser par pression externe. Après une demi-heure d'efforts et de tentatives de toutes sortes, j'y renonce.

Je dois me contenter de fixer la vésicule ouverte à la paroi. Pour cela, je suis le procédé indiqué par M. Delagénière, dans une communication faite au dernier Congrès de chirurgie [1].

Suites. — Simples, sans incidents. La fistule n'a jamais donné passage à de la bile.

La malade quitte l'hôpital le 9 mars, conservant une petite ouverture fistuleuse, donnant issue à un peu de liquide muqueux. On sent toujours, par l'exploration au stylet, le calcul à 10 centimètres environ de profondeur. Elle est revue le 25 avril, même état, sauf que l'orifice fistuleux est encore réduit de dimensions. Il est punctiforme et ne fournit qu'une quantité insignifiante de liquide.

Avant de tirer de ces faits l'enseignement qu'ils me paraissent comporter, je voudrais en rapprocher un certain nombre d'autres empruntés à divers auteurs. Ils ont été recueillis par un de mes élèves, M. André Morin, dans sa thèse, faite à mon instigation, à propos de la première des observations que je viens de vous rapporter [2].

[1] Pour les détails de ce procédé, je renvoie à la communication de M. Delagénière. (*Comptes rendus du Congrès*, octobre, 1895.)

[2] A. MORIN, Contribution à l'étude de l'hydropisie de la vésicule biliaire (*Thèse de Paris*, 1894).

M. Morin a borné son étude aux cas où la vésicule était très distendue par le liquide contenu. En éliminant de son relevé ceux où il s'agissait d'une rétention d'origine néoplasique, et ne conservant que ceux où il y avait à la fois, dans la vésicule, liquide abondant et calculs ordinairement nombreux, cas absolument analogues, par conséquent, à ceux visés par M. Tuffier, j'arrive à un total de 75 observations de lithiase de la vésicule ayant donné lieu à une intervention chirurgicale : *Cholécystostomie*, *Cholécystotomie*, *Cholécystectomie*.

Les cas de *cholécystostomie* sont de beaucoup les plus nombreux ; j'en compte 44.

5 fois seulement l'opération a été faite en deux temps avec 5 guérisons (sous réserve de la fistule consécutive, sur laquelle je reviendrai).

39 fois l'opération a été faite en deux temps avec 4 morts. Mais ici une distinction est à faire :

5 fois la pratique recommandée par M. Tuffier a été suivie, à savoir la fixation de la vésicule à la paroi précédant l'ouverture (cholécystostomie avec fixation première, suivant la nomenclature de M. Terrier) et cela avec une mort.

34 fois l'ouverture de la vésicule a précédé la fixation (cholécystostomie avec fixation seconde) avec trois morts.

Si l'on fait le pourcentage de ces faits, on voit que la mortalité, à la suite de l'emploi du premier de ces deux procédés (fixation première) a été de 20 0/0 ; tandis qu'elle n'est, pour le second, que de 9 0/0 environ (exactement 8,8 0/0). Et encore les 3 cas de mort à la suite de la fixation secondaire de la vésicule ne paraissent-ils pas avoir été dus à une infection péritonéale.

Voilà qui est de nature à diminuer les craintes émises par M. Tuffier au sujet du danger qui résulterait de l'ouverture de la vésicule avant sa fixation.

Et cela n'est pas sans importance, car pour manœuvrer à l'aise dans la vésicule, aller à la recherche de tous les calculs et particulièrement de ceux qui sont, si fréquemment, engagés dans le canal cystique, il est bien préférable que la vésicule ne soit pas au préalable unie à la paroi abdominale.

La simple incision de la vésicule (*cholecystostomie*), suivie de la fermeture immédiate de l'ouverture, n'a été faite que 14 fois.

6 fois la vésicule incisée, puis refermée, a été par prudence fixée à la paroi abdominale avec une mort.

8 fois elle a été abandonnée dans le ventre (cholécystostomie idéale) avec une mort.

La *cholécystectomie* enfin a été pratiquée 17 fois avec 17 guérisons.

Cette résection de la vésicule a été faite tantôt suivant le procédé employé par M. Michaux — ablation de la vésicule intacte, non ouverte, à la façon d'une tumeur, après ligature du canal cystique — tantôt la poche a été préalablement incisée, débarrassée du liquide et des calculs qu'elle contenait, puis réséquée.

Quoi qu'il en soit de cette dernière série de faits heureux à l'actif de la cholécystectomie (17 cas, 17 guérisons), je suis d'accord avec la majorité des chirurgiens, pour reconnaître que la cholécystostomie est une opération moins dangereuse que la cholécystectomie, et doit, pour cette raison seule, lui être en général préférée.

Il y a bien la question de la fistule consécutive, qui n'est peut-être pas une quantité aussi négligeable qu'on a pu le dire.

Si j'en jugeais par mon expérience personnelle, elle serait fréquente, puisque sur 3 cas, 2 fois elle a nécessité une opération complémentaire, la résection de la vésicule dans un cas, une cholécystentérostomie dans l'autre.

En parcourant les faits réunis par M. Morin, je vois que, sur les 46 cas de cholécystostomie qu'il rapporte, 5 fois il y a eu fistule persistante; 7 fois il a fallu faire une seconde opération pour en obtenir l'occlusion; 4 fois l'ouverture persistait au moment où l'observation a été publiée, à savoir au bout de dix-sept, trente, quarante-deux et cinquante jours; 6 fois, enfin, la fermeture se produisit spontanément, mais au bout d'un temps qui varia de six semaines à un an.

En éliminant les cas où dix-sept et trente jours s'étaient écoulés depuis l'opération et où, par conséquent, l'occlusion spontanée pouvait encore se produire, il reste cependant encore 20 cas sur 46, c'est-à-dire bien près de la moitié, où l'on a eu à la suite de la cholécystostomie à compter avec la fistule.

Je sais bien qu'il faut encore distinguer parmi ces cas ceux où il ne s'agit que d'une fistule muqueuse dont les inconvénients sont sans grande importance, et ceux où l'ouverture faite à la vésicule donne passage à des quantités considérables de bile, incident qui peut n'être pas sans danger.

Toujours est-il que le fait même de la fréquence relative de la fistule à la suite de la cholécystostomie ne peut être contesté.

Est-ce là une raison suffisante pour renoncer au procédé? Je ne le pense pas.

Comme on l'a très bien fait remarquer d'ailleurs, lorsque le chirurgien voit, après l'ouverture de la vésicule, se produire une fistule biliaire rebelle, il ne peut que se féliciter de l'avoir provoquée. Il doit, en effet, conclure de là qu'il y a un obstacle à l'écoulement de la bile dans l'intestin; auquel cas, il est de simple bon sens que

la fermeture de la vésicule (cholécystostomie idéale) ou sa résection (cholécystectomie) auraient constitué des opérations dangereuses au premier chef.

Dans deux circonstances cependant on pourra, ce me semble, avoir recours à la cholécystectomie :

Et d'abord, lorsqu'on a pu s'assurer que, le cholédoque étant libre, la bile trouve passage facile dans l'intestin. Il est vrai qu'en pareil cas, il y a toute raison de penser que la cholécystostomie ne sera pas suivie de la formation d'une fistule biliaire rebelle.

La cholécystectomie me paraît mieux indiquée dans certains cas de vésicule calculeuse et hydropique, dans lesquels il y a oblitération du canal cystique. La vésicule biliaire, en pareille circonstance, contient souvent un liquide absolument transparent, et aussi de très nombreux calculs. Si, au cours de l'opération, on constate cette double condition; si, de plus, il est visible que la bile ne sourd pas à travers le canal cystique; si l'on peut reconnaître, par l'exploration à l'aide d'un stylet fin, que ledit canal est infranchissable, on sera autorisé, croyons-nous, à réséquer la vésicule avec l'espoir d'obtenir d'emblée la guérison du malade.

C'est la conduite que j'ai tenue chez le premier de mes opérés, et je n'ai pas eu lieu de m'en repentir.

Mais encore faut-il pouvoir faire ces constatations et, pour cela, doit-on au préalable ouvrir la vésicule, l'évacuer et l'explorer.

C'est dire que je considère, en règle générale, comme dangereuse, malgré les succès qui ont été obtenus, la pratique qui consiste à enlever la vésicule sans l'ouvrir.

En résumé, en présence d'un cas de lithiase de la vésicule biliaire, voici la conduite que je considère comme la plus prudente :

Incision de la paroi abdominale, et mise à nu de la tumeur.

Évacuation par ponction du liquide contenu; incision de la vésicule, le champ opératoire étant abondamment protégé par des compresses aseptiques ou des éponges; extraction des calculs.

Et alors : si l'absence d'ictère actuel, l'absence aussi de coliques hépatiques antérieures; si le cathétérisme parfois possible des voies biliaires permettent de supposer que le cholédoque est libre, on pourra pratiquer la cholécystectomie.

On le pourra surtout, à mon avis, si l'absence de tout afflux de bile et si l'exploration directe conduisent à penser que le canal cystique est oblitéré et que la vésicule est devenue un organe inutile.

Dans toute autre circonstance, et *a fortiori*, si la vésicule est infectée, c'est à la cholécystostomie qu'il faudra, pensons-nous, donner la préférence; l'opération est moins dangereuse et aussi

efficace, quitte, en un second temps, à aller fermer la fistule produite, si elle ne parait pas devoir s'oblitérer spontanément.

Discussion.

M. Routier. — A propos de la persistance de certaines fistules biliaires à la suite de la cholécystotomie, je ferai remarquer que la raison de la longue durée des fistules biliaires, dans certains cas, tient peut-être à ce que la suture de la muqueuse de la vésicule à la peau a été trop exactement faite. Il s'ensuit une réunion cutanéo-muqueuse parfaite et, dès lors, il n'y a plus de tendance à l'occlusion de l'orifice artificiel. Dans les conditions opposées, au contraire, lorsque l'affrontement de la muqueuse vésiculaire à la peau est moins exact, la tendance à la guérison spontanée s'observe.

M. Reclus. — J'ai fait dans ces dernières années trois opérations de cholécystotomie.

A la suite de ma première opération, j'avais observé, dans les jours qui suivirent l'intervention, l'écoulement d'une certaine quantité de bile et l'expulsion de calculs qui n'étaient pas au moment de mon opération dans la vésicule biliaire que j'avais soigneusement explorée. Ces calculs venaient donc des voies biliaires supérieures et j'ai été si heureux de leur avoir laissé ouverte une porte de sortie en faisant la cholécystotomie plutôt que la cholécystectomie, dans les deux autres cas, j'ai suivi de parti pris la même conduite.

J'ajouterai que, dans les trois cas, j'ai trouvé une vésicule petite, rétractée, et que je n'ai point fait la suture exacte de la muqueuse à la peau que M. Routier vient de critiquer. J'ai suturé la vésicule aux parties molles de la paroi non seulement parce que je partage sur ce point la manière de voir de M. Routier, mais encore parce que, pour réaliser une suture exacte cutanéo-muqueuse, il m'aurait fallu exercer des tractions que je ne voulais point faire. Je me suis trouvé bien de cette pratique.

M. Reynier. — Il faut selon moi essayer le diagnostic des diverses espèces de lithiases biliaires.

Il y a des lithiases sans ictère et des lithiases avec ictère.

Dans le premier cas, lithiase sans ictère, vous pouvez faire la cholécystectomie, vous êtes sûr de la perméabilité des voies biliaires.

Dans le second, il faut, au contraire, se borner à ouvrir la vésicule, car le cholédoque peut être obstrué par un cancer du pancréas.

J'ai fait deux fois l'ablation de vésicules remplies de calculs pour des lithiases sans ictère ; les malades se sont bien rétablis, mais ils ont succombé peu de temps après à des grippes infectieuses

comme si la gêne apportée à la fonction hépatique par l'absence de la vésicule avait placé les malades dans de mauvaises conditions pour lutter contre l'infection.

Dans les lithiases avec ictère, il y a souvent concomitance de cancer du pancréas et la cholécystotomie faite dans ces conditions n'a que des effets bien éphémères.

Rapport.

Crises répétées de coliques hépatiques ; ictère chronique, décoloration des selles, chez une femme de 62 ans. Laparotomie : gros calculs oblitéraux du canal cholédoque. Cholédocotomie, extraction du calcul, suture du canal. Fistule biliaire temporaire. Guérison, par le Dr FÉLIX LEJARS.

Rapport par M. MICHAUX.

Les faits de cholédocotomie ne sont pas si nombreux encore qu'il ne soit utile d'en recueillir et d'en analyser les observations nouvelles. C'est dans ce but que j'ai l'honneur de rapporter à la Société de chirurgie l'histoire d'une malade que j'ai opérée, à l'hôpital Beaujon, dans le service de mon maître, M. Théophile Anger.

Il s'agit d'une femme de 62 ans, mère de quatre enfants, qui n'avait jamais eu d'affection sérieuse, mais qui, dès l'âge de 30 ans, avait commencé à souffrir de coliques hépatiques frustes. Les douleurs revenaient tous les deux ou trois mois, elles siégeaient dans la région du foie, en s'irradiant vers le creux de l'estomac et les lombes ; elles duraient, d'ordinaire, une journée et n'étaient jamais suivies, au dire de la malade, de la moindre teinte ictérique. Pourtant elles étaient parfois assez violentes pour nécessiter un alitement passager.

Il y a deux ans, les crises ont changé de caractère ; elles sont devenues plus fréquentes, plus longues, plus aiguës et désormais se sont compliquées d'ictère. Elles se prolongent quatre, cinq, six, huit jours, elles reparaissent tous les mois.

Depuis octobre 1895, elles étaient, à proprement parler, subintrantes et les douleurs ne présentaient plus que de très courtes accalmies. Les selles étaient absolument décolorées, les urines très rouges et chargées de pigment biliaire, l'ictère s'était foncé de plus en plus, et la malade, qui avait beaucoup maigri et dont l'appétit était presque nul, avait pris une apparence cachectique des plus inquiétantes.

Ce fut dans cet état qu'elle me fut envoyée par mon ami le Dr Duchaine (de Puteaux), qui l'avait suivie depuis le début des derniers accidents.

Le foie n'était pas gros et débordait à peine les fausses côtes; on ne sentait pas la vésicule, et l'exploration du ventre ne fournissait pas d'autres données.

Le 14 décembre 1895, je pratiquai la laparotomie médiane sus-ombilicale. J'arrivai tout de suite sur une vésicule très petite, rétractée et indurée, et qui paraissait complètement vide. En suivant le col de la vésicule et le canal cystique et en portant le doigt dans l'hictus de Winslow, j'explorai le canal cholédoque et je découvris dans sa portion libre, très près du duodénum, qui avait été rétracté par en bas, une bosselure du volume d'une petite noix, arrondie et dure, constituée manifestement par le relief d'un calcul. Peu à peu, le cholédoque fut découvert, à ce niveau, par sa face antérieure, en ne se servant que de la pince et de la sonde cannelée et en procédant avec d'autant plus de prudence que la veine porte, très grosse, empiétait sur le devant du canal, en recouvrant largement son bord gauche. Une fois achevé ce travail de libération préliminaire, une incision d'environ $1^{cm},5$ fut pratiquée en long, sur la paroi antérieure du cholédoque et permit de mettre à nu le calcul, qu'on put faire basculer de haut en bas et extraire sans beaucoup de peine. Il s'écoula en même temps une petite quantité d'un liquide muqueux, filant, légèrement teint en jaune et qui fut reçu par les compresses qui circonscrivaient le champ opératoire. Le canal était assez notablement dilaté, au-dessus et au-dessous de l'obstruction calculeuse, et le petit doigt s'y engageait sans peine. De plus, en aucun autre point, on ne trouvait trace d'induration.

Je pris le parti de réunir complètement l'ouverture que je venais de pratiquer, et j'en suturai les deux lèvres par un surjet de catgut qui les adouait l'une à l'autre et que complétaient quelques points séparés; puis je laissai un drainage à la gaze iodoformée et je réunis la plaie abdominale sur tout le reste de sa longueur.

Les suites de l'intervention furent simples; il y eut seulement quelques vomissements bilieux dans le cours des deux premières journées. Aucune élévation thermique.

Je retirai le drainage iodoformé le troisième jour; la gaze n'était nullement humectée par la bile et la cavité opératoire paraissait, du reste, presque sèche. Ce ne fut qu'au huitième jour qu'il se produisit, par le vagin, un écoulement biliaire qui, dès lors, persista pendant tout le courant de janvier, en diminuant peu à peu d'abondance.

Dès les premiers jours qui avaient suivi l'opération, la teinte ictérique avait commencé à palir; au bout de trois semaines à un mois, elle avait disparu. Dès le surlendemain de l'opération, les selles avaient perdu leur teinte grisâtre; elles cessèrent d'être colorées pendant deux jours, au moment où parut la fistule biliaire, puis elles reprirent leur coloration normale, qu'elles ont toujours conservée depuis.

J'ajoute que toutes les douleurs avaient disparu. Aujourd'hui l'écoulement biliaire est absolument tari et la cicatrisation complète; toutes les fonctions sont redevenues régulières, la malade ne souffre plus et déjà elle a repris de l'embonpoint.

Je n'ai voulu rapporter ce fait que comme un document à l'actif de la cholédocotomie, qui a rempli ici toutes ses promesses. J'ajouterai seulement que, si la réunion primitive du canal cholédoque a manqué — ce qui est, du reste, le cas ordinaire — la suture que j'ai faite a eu, du moins, cet avantage de rétrécir la plaie du cholédoque, assez large, par suite de la grosseur du calcul, et de raccourcir d'autant la durée de l'écoulement biliaire consécutif. Quant au calcul, il est, en effet, d'un volume assez remarquable : irrégulièrement ovoïde, il mesure 22 millimètres dans son grand axe, 18 millimètres en largeur et en épaisseur.

La chirurgie du cholédoque a été, il y a moins d'un an, l'objet d'une discussion trop importante à la Société de chirurgie pour que je revienne longuement sur ce sujet à propos de la très intéressante observation que nous a adressée notre collègue, M. Lejars ; mais cela n'ôte rien à l'intérêt de son observation. Comme il le dit fort bien, les observations de cholédocotomie sont encore rares, et c'est un devoir pour chacun de nous d'apporter ici les faits relatifs à cette chirurgie si intéressante de la lithiase biliaire.

Aussi bien notre collègue ne mérite que des félicitations pour le beau succès qu'il a obtenu ; je me bornerai seulement à relever dans son observation deux points qui méritent, à mon avis, d'être soulignés et même discutés.

En premier lieu, je voudrais faire ressortir l'âge de la malade, 62 ans, la longue durée de ses souffrances qui remontaient à trente ans, leur exacerbation dans les deux dernières années, la longue durée de l'ictère, datant, lui aussi, de près de deux ans si j'ai bien compris l'observation de notre collègue, enfin l'amaigrissement et la véritable cachexie qui en étaient résultés.

En opposition avec ces troubles fonctionnels locaux et généraux, je voudrais souligner ce fait que le foie n'était pas gros, qu'il ne débordait pas les fausses côtes.

Notre collègue ne nous dit pas s'il a examiné l'état de la fonction hépatique, s'il a fait l'épreuve de la glycosurie alimentaire, s'il a dosé l'urée.

Je sais bien qu'il peut me répondre que tout cela n'a qu'une importance secondaire, que nous ne sommes pas bien fixés sur la valeur de ces recherches, et qu'après tout ce qui lui importait, comme à sa malade, c'était de réussir son opération.

C'est précisément contre cette manière de penser que je désire protester tout d'abord, c'est le premier point de discussion que je désire soulever.

J'ai fait un nombre important de laparotomies exploratrices ou curatives pour des affections hépatiques lithiasiques ou non, et plus je vais, plus je suis persuadé que, tout en opérant beaucoup, il y a

lieu de tenir grand compte de l'état des malades, de leur âge, du fonctionnement de leur foie et de leurs reins.

Un grand âge, un foie volumineux, insuffisant, sclérosé, des reins altérés sont des contre-indications formelles à l'intervention chirurgicale; passer outre, c'est s'exposer à des revers qui troublent le jugement de nos confrères sur la valeur des opérations que nous pratiquons, c'est les pousser encore davantage à reculer le moment d'une intervention déjà trop tardive dans la majorité des cas.

L'observation ne s'applique pas à notre collègue Lejars, mais le fait qu'il nous apporte me fournit l'occasion de le dire, et je la saisis pour qu'il soit bien entendu une fois de plus que le chirurgien chez nous n'est pas seulement un opérateur, mais qu'il a toujours le souci de s'entourer de toutes les lumières, de toutes les précautions possibles pour éviter des revers dont on ne se vante pas toujours, mais qui nuisent toujours au jugement de nos confrères sur la valeur de telle ou telle opération.

Je ne crois pas, d'ailleurs, au cas particulier que l'âge de 60 ou 62 ans soit une contre-indication opératoire; M. Terrier, M. Quénu et d'autres de nos collègues ont opéré et guéri des malades aussi âgés; mais, en règle générale, je crois que c'est là une limite extrême qu'on ne saurait guère dépasser à moins d'indications toutes particulières. Quant au bon état du foie, non hypertrophié après trente ans de crises hépatiques et deux ans d'ictère, on ne peut que féliciter M. Lejars de l'avoir rencontré et sa malade de l'avoir présenté; on me concèdera, je l'espère, que le chirurgien ne saurait escompter toujours des conditions aussi favorables; ceci soit dit, bien entendu, sans rien ôter de la valeur et de l'intérêt du fait observé.

Le second point que je désire souligner, et à propos duquel je ne suis pas absolument d'accord avec notre collègue M. Lejars, c'est une question de médecine opératoire.

Notre collègue a fait une incision médiane pour explorer le foie, la vésicule biliaire et surtout le canal cholédoque; il n'a rencontré qu'un seul calcul du cholédoque et s'est, par conséquent, trouvé très heureusement placé pour procéder à son ablation.

Le succès parfait a justifié sa manière de faire, défendue par bon nombre de chirurgiens et notamment à cette tribune par notre collègue Quénu.

Je ne suis pas absolument de cet avis, je l'ai déjà dit, et je demande la permission de revenir brièvement sur ce point qui me paraît avoir une certaine importance.

Dans le plus grand nombre des cas, la lithiase biliaire n'est pas confinée dans le cholédoque; plus de deux fois sur trois, si j'en

crois la thèse de Jourdan, faite sous l'inspiration du professeur Terrier, la lithiase vésiculaire existe concomitamment et souvent le calcul du cholédoque n'est que le complément, l'accessoire de la lithiase vésiculaire.

Or, la ligne médiane n'est pas le chemin pour aller à la vésicule. Presque tous les chirurgiens le reconnaissent formellement. J'ai fait encore, dans ces derniers temps, à Ivry, un certain nombre de recherches anatomiques sur les voies biliaires. J'ai toujours trouvé la vésicule plutôt en dehors du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen, à 10, 12 centimètres, peut-être même davantage. J'ai cherché dans ma communication précédente à montrer tout le parti que l'on peut tirer de la vésicule pour s'orienter dans la recherche difficile du cholédoque, de tous les avantages qu'une cholécystectomie antérieure fournissait à l'opérateur en lui mettant dans la main un guide et un tracteur qui l'amenaient directement sur le cholédoque et qui lui attiraient le canal. J'ai ajouté que si l'on était alors trop gêné, rien n'était plus facile que de sectionner transversalement en E une partie du bord externe du droit de l'abdomen et d'agrandir ainsi le champ opératoire profond.

Il est vrai qu'on peut agir en sens inverse, faire de même pour l'incision médiane, ou même, à la rigueur, faire une seconde incision au bord externe du muscle droit.

Il me paraît plus naturel, plus logique et plus simple chirurgicalement d'aller de la vésicule au cholédoque.

Ce ne sont d'ailleurs là que des critiques de détail, qui n'enlèvent rien à la valeur du fait de cholédocotomie que nous a présenté M. Lejars.

Je demande : 1° la publication dans nos Archives ; 2° des remerciements à l'auteur ; 3° de l'inscrire en bonne place sur la liste des candidats à la place vacante.

Lectures.

M. Jullien lit un mémoire sur les *Pertes de substance qui succèdent parfois à l'infection blennorrhagique.*

Ce travail est renvoyé à une commission (M. Reclus, rapporteur).

M. Malapert lit une observation de *Lipome de la jambe développé chez un enfant de 5 ans et demi.*

Renvoyé à une commission (M. Berger, rapporteur).

Présentations de malades.

Appendicite, péritonite purulente généralisée. Laparotomie, lavage. Guérison.

M. Routier. — Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est un de ces rares cas de péritonite généralisée sauvés par l'intervention chirurgicale.

Pris le 9 avril 1896 d'une attaque d'appendicite aiguë, il m'arrivait le 14 avec le ventre météorisé, la langue sèche, le pouls petit 116, sous température 37°,5, et tous les signes d'un appendicite.

L'incision faite sur le bord du droit externe me fit tout de suite constater l'existence du pus ; l'appendice long, contourné en S, était très tendu et baignait dans le pus.

Le petit bassin était plein de pus, 1 litre environ. J'introduisis la main toute entière et, armé d'une canule en verre, je fis un lavage général du ventre, brassant avec la main les anses intestinales, portant successivement ma canule dans le petit bassin, dans les hypochondres, sous le foie, sous la rate.

Le liquide employé était l'eau salée stérilisée.

La plaie fut laissée ouverte, drainée avec deux gros tubes qui plongeaient dans le petit bassin, et maintenus par de longues lanières de gaze iodoformée qui allaient dans les diverses régions du ventre.

Les suites furent simples, le ventre resta ballonné trois jours environ, puis tout se rétablit, et le 1er mai tout était cicatrisé.

Discussion.

M. Reynier. — Pourquoi M. Routier nous dit-il qu'il a guéri de péritonite généralisée le malade qu'il vient de nous présenter ? On ne peut pas diagnostiquer la péritonite généralisée en faisant une incision de 5 centimètres dans le flanc d'un malade.

Il m'est arrivé de faire des incisions sur le côté droit de l'abdomen, de trouver des anses intestinales rouges tendues nageant au milieu d'un vaste foyer purulent. Je croyais me trouver en présence de péritonite généralisée lorsque, voulant assurer mieux l'évacuation du pus, je faisais une incision du côté opposé, alors je constatais que l'intestin rouge et distendu formait de ce côté par ses anses agglutinées une barrière au pus et qu'en réalité j'avais affaire à un large foyer de péritonite enkystée et non à une péritonite généralisée.

Je soutiens que la laparotomie et les lavages sont impuissants à guérir la péritonite généralisée vraie, et que les différents cas dont

on nous parle sont de larges foyers purulents enkystés. C'est à l'autopsie qu'on reconnaît bien la péritonite généralisée.

M. Delorme. — J'ai opéré bien des cas de péritonites généralisées et j'ai perdu tous mes malades.

M. Berger. — Je ne puis accepter l'opinion de M. Reynier. J'ai présenté à la Société un malade que j'ai guéri de péritonite généralisée. Je lui ai fait trois incisions : une dans chaque flanc, une troisième sur la ligne médiane; partout j'ai trouvé l'intestin baigné par le pus qui remplissait toute la cavité péritonéale.

M. Routier. — Je suis sûr que le malade que je vous présente était atteint de péritonite généralisée, parce que j'ai dû laver toute la cavité péritonéale et que j'ai promené la canule du laveur sous le foie, la rate et dans l'excavation.

Je ne conteste pas que ces guérisons soient rares, c'est même pour cela que j'ai cru devoir vous présenter ce malade.

M. Gérard-Marchant. — J'ai enlevé, chez une fillette de 4 ans et demi, ayant une péritonite généralisée et en présentant les symptômes, un appendice perforé. L'examen a montré qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses. Les appendicites tuberculeuses peuvent donc donner naissance aux mêmes complications aiguës que les appendicites d'autre origine.

M. Hartmann présente un homme opéré avec succès par la méthode ancienne d'un anévrysme poplité faux.

M. Rochard présente un malade auquel il a pratiqué l'amputation interscapulothoracique pour un sarcome des parties molles de l'épaule (M. Gérard-Marchant, rapporteur).

Présentation de pièces.

M. Routier. — Des deux appendices vermiformes que j'ai l'honneur de présenter à la Société, l'un provient d'un homme jeune, bien portant, qui a subi, en octobre 1895, une première atteinte d'appendicite.

Les symptômes qui caractérisaient cette crise pouvaient faire croire qu'il s'agissait d'une colique appendiculaire ; en effet, une douleur très vive avait éclaté brusquement à 5 heures du soir, obligeant le malade à se coucher sans dîner. Vous verrez qu'il n'y avait pas de calcul.

Pendant quatre jours, cette douleur, occupant la région cœcale, persista. Le malade, pour tout traitement se contenta de modifier légèrement son régime alimentaire et de garder un repos très relatif, car il sortait toute la journée.

Depuis cette époque, surtout depuis un mois, le malade a toujours éprouvé une gêne manifeste dans la fosse iliaque droite. Cette gêne

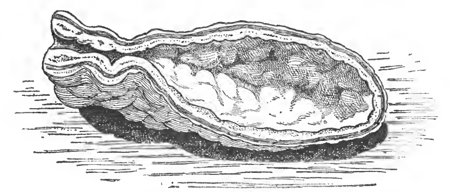


Fig. 1.

apparaissait le matin, quand le malade se levait, elle durait une heure ou deux, puis, suivant l'expression du malade, au moment où il retrouvait son équilibre, tout rentrait dans l'ordre pour le reste du jour.

Bien entendu, à la palpation, on ne trouvait rien dans la région cœcale.

Cependant, malgré ce peu de symptômes, je conseillai au malade de subir l'opération ; il s'y décida, grâce aux conseils que lui donnèrent

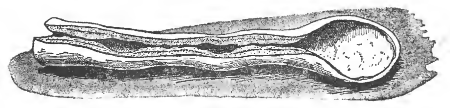


Fig. 2.

mes collègues, MM. Bucquoy et Jalaguier, qui voulurent bien se joindre à moi.

A l'ouverture du ventre, je trouvai derrière le cœcum sain et souple, et caché par lui l'appendice que je vous présente, ouvert de haut en bas.

Cet appendice offrait deux parties bien distinctes. L'une correspondant aux quatre cinquièmes de sa longueur totale était de la grosseur de mon pouce et très dilatée, en forme d'ampoule. La fluctuation, malgré l'épaisseur des parois, était très nette. La deuxième partie, qui occupait le cinquième supérieur, était rigide, très étroite par rapport à

la partie inférieure, car elle avait les dimensions d'un appendice normal. A ce niveau, je plaçai une ligature et je fis la résection.

En examinant l'appendice avant de l'ouvrir, il me fut impossible de retrouver sur la surface de section la lumière du canal appendiculaire.

Ce canal était entièrement oblitéré et avait pour ainsi dire disparu, car on ne pouvait faire sourdre aucune goutte du liquide contenu dans la partie inférieure dilatée.

Une fois l'appendice ouvert et étalé comme il l'est sous vos yeux, il fut facile de constater qu'il était rempli de pus dans sa portion ampullaire et qu'aucune communication n'existait entre elle et le cœcum.

Le second de ces appendices n'est pas moins curieux à voir ; il peut être comparé à une cerise munie de sa queue ; la partie renflée était remplie de pus et on ne pouvait le faire sortir par la pression.

Nulle part on ne voit de traces de perforation antérieure, et cependant, en novembre 1895, j'ai, pour une crise suraiguë d'appendicite, ouvert un énorme abcès limité par les intestins, descendant dans le petit bassin, et d'où sortit une énorme quantité de sphacèle.

Le malade, guéri de cette première atteinte, n'a pas voulu courir la chance d'une seconde crise, et m'a prié de lui réséquer son appendice. Il est guéri.

Il s'agit donc d'appendices transformés en cavités closes et d'appendicite purulente consécutive. Ces faits, après bien d'autres, démontrent jusqu'à l'évidence que la pathogénie de l'appendicite et des accidents qui l'accompagnent est bien telle que nous l'a enseignée le professeur Dieulafoy.

En effet, depuis que notre attention a été attirée sur l'importance de l'oblitération du canal appendiculaire et de sa transformation en cavité close, nous avons toujours constaté l'exactitude des conclusions de M. Dieulafoy.

Qu'il y ait calcul ou qu'il n'y en ait pas, qu'il y ait ou non inflammation des parois, peu importe ; ce qui importe, c'est l'oblitération du canal appendiculaire. Quel qu'en soit le mécanisme, nous pensons donc que c'est une vérité aujourd'hui rigoureusement démontrée que :

« L'appendicite [1] est toujours le résultat de la transformation du canal appendiculaire en une cavité close. » (Dieulafoy, communication à l'Académie de médecine, *conclusion I.*)

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

QUÉNU.

[1] Il est bien entendu que par ce mot d'appendicite M. Dieulafoy désigne l'ensemble des accidents péritonéo-appendiculaires qui éclatent quand l'appendice est transformé en cavité close. Il ne s'agit nullement pour lui des lésions banales, inflammatoires, ulcéreuses, fibreuses, etc., que l'on retrouve dans les tissus de l'appendice, que le canal soit ou non oblitéré.

Séance du 27 mai 1896.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Des lettres de M. Potherat, de M. Guinard et de M. Delbet, qui se portent candidats à la place de membre titulaire;

3° Un mémoire de M. Brault sur quelques cas d'autoplastie;

4° Mémoire extrait des *Archives provinciales de chirurgie* sur des myomes de l'intestin, par M. Heurtaux (de Nantes).

M. le Président annonce la mort de M. Stolz, membre correspondant national.

Suite de la discussion sur la lithiase biliaire.

M. Tuffier. — La double question posée dans ma communication du 18 mars 1896 et que vous avez bien voulu discuter avec tant de précision, a déjà eu l'avantage de mettre au jour 42 observations inédites de nos collègues Monod, Reclus, Reynier, Schwartz, Routier, Gérard-Marchant, Michaux, Broca. Bien que ce nombre soit encore insuffisant pour permettre des conclusions pratiques, il permet d'établir nettement l'état actuel de la question.

Le *diagnostic* de la lithiase biliaire vésiculaire sans complication est, en somme, facile dans le plus grand nombre des cas, et je ne m'attarderai pas ici à discuter toutes les causes d'erreur. Elles peuvent se présenter dans deux circonstances : 1° *En l'absence de toute tuméfaction* de la vésicule, cas le plus fréquent; 2° *Lorsqu'il existe une tumeur* au lieu et place de cette vésicule. Dans le premier cas, les anamnestiques, antécédents hépatiques, et la douleur sont les seuls éléments qui nous guident; et je crois que ce sont les phénomènes douloureux qui jouent le plus grand rôle. Leur localisation précise au niveau de la vésicule, leur exacerbation *par pression de bas en haut* sont un appoint précieux. Mais je ne vous

citerais même pas ces faits si je ne venais d'être témoin d'une erreur à cet égard. Nous sommes en pleine époque d'appendicite et chacun fait actuellement le diagnostic de colique appendiculaire; la douleur appendiculaire est voisine de celle de la vésicule. Le tableau symptomatique a les mêmes grands traits, surtout quand le foie abaissé amène la vésicule bien près de la ligne qui joint l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Et c'est dans ces circonstances que nous fûmes appelés, M. le professeur Terrier et moi-même, à constater la difficulté du diagnostic qu'un examen approfondi doit faire écarter.

Je ne vous ai parlé dans ma communication que de l'erreur de diagnostic possible quand il existe une tumeur. Le fait rare de distension de la vésicule avec contenu limpide simulant un kyste hydatique que je vous ai signalé a été constaté également par mes collègues Schwartz et Broca. Dans ces *tuméfactions sous-hépatiques* le diagnostic anatomique se pose d'abord entre le foie et le rein. J'ai vu un très grand nombre de *reins mobiles* et je ne partage pas l'opinion de mes collègues qui voient là une difficulté très grande à séparer les lésions rénales de celles du foie. Sans recourir à la méthode de Senn, pas plus qu'au procédé de Naungu et Mynkowski, cependant plus efficace, et en me tenant aux signes que nous connaissons tous, j'ai pu localiser les lésions. Mais la précision devient déjà plus difficile quand il s'agit de *fixer l'origine hépatique* (cancer ou tumeur) *ou vésiculaire* de la tumeur; elle pourrait surtout être mise en défaut quand nous voulons affirmer l'existence d'une *grosse vésicule lithiasique* et j'ai insisté ici-même, après M. Terrier, sur ce fait que le diagnostic de grosse vésicule porté autrefois, en l'absence de vérification anatomique, était applicable aux petites vésicules entourées de grosses adhérences; il suffit d'être prévenu pour éviter l'erreur. Mais le diagnostic acquiert réellement son maximum de difficulté quand il existe une *association morbide* du foie et du rein. J'ai publié ici-même deux de ces faits. Dans l'un, le diagnostic fut hésitant, il s'agissait d'un rein mobile et très abaissé, coïncidant avec un foie volumineux et une grosse vésicule bourrée de plusieurs centaines de calculs. Le rein fut fixé, la vésicule incisée et débarrassée de son contenu, la malade guérit. Dans l'autre, je me trouvai en présence d'un foie volumineux et d'une pyonéphrose tuberculeuse. Le malade venait du service de M. Potain, le diagnostic fut fait et vérifié par l'opération. A côté de ces faits où la clinique a tous ses droits, il en est d'autres où elle les perd; c'est ainsi que, chez une malade présentant une volumineuse tuméfaction entre le foie et l'ombilic et atteinte de coliques hépatiques avec ictère, je trouvai un fœtus du sexe féminin de 5 mois. Cette femme avait accouché deux mois

auparavant d'un enfant mâle qui est parfaitement vivant. Il s'agissait d'une *grossesse extra-utérine abdominale*. Je laisse de côté le phlegmon sous-hépatique et ses fistules; ce sont là des curiosités avec lesquelles on ne peut compter. Il serait bien autrement important en pratique de prévoir l'état septique ou aseptique de la vésicule, l'état fonctionnel et bactériologique du foie; nous ne sommes en possession que de bien peu d'armes à cet égard, et même les pièces en main, j'ai vu des vésicules à contenu clair ou bilieux en apparence foisonner de coli-bacilles (Gilbert), alors que des suppurations de la même région étaient aseptiques.

Le second point que j'ai examiné devant vous a trait à la thérapeutique chirurgicale de la cholélithiase et sur ce point j'ai repoussé la cholécystectomie comme la méthode générale de traitement. Il ressort de cette discussion qu'il existe un certain nombre de points sur lesquels nous tombons d'accord. J'ai attaqué la *colécystotomie idéale* et la *cure rapide des fistules biliaires*, il me semble que vous avez condamné ces deux opérations puisque personne ici ne les a seulement défendues. Le débat reste donc circonscrit entre l'ouverture simple et l'ablation de la vésicule, et là encore vos concessions doivent me satisfaire pleinement puisque, en prenant le texte des partisans les plus convaincus de l'ablation, l'ouverture simple est réservée à tous les cas graves de par l'état local si la vésicule est adhérente (pancholécystite), ou de par l'état général, si le sujet est âgé, débilité ou peu résistant. Il y aurait encore ici nature à distinction suivant que vous pratiquerez l'ablation de la vésicule après l'avoir ouverte ou sans l'ouvrir, suivant que vous faites l'ouverture première ou dernière. Mais le moment ne me paraît pas venu, les observations ne sont ni assez nombreuses ni assez explicites pour nous fixer sur ce point de médecine opératoire. Pour ma part, je considère la *cholécystostomie* comme préférable en thèse générale, et si je regarde la *cholécystostomie ouverte, ouverture dernière*, comme la moins dangereuse, il va de soi que je ne fixe jamais la muqueuse à la peau. Les faits étant ainsi plus serrés de près, j'accorde que l'ablation de la vésicule pourra être pratiquée : 1° quand elle est esssentiellement facile (pas de méso, peu d'adhérences, c'est véritablement une poire à cueillir, il n'y a que la queue à couper); 2° quand la glande hépatique paraîtra aseptique; 3° quand les voies d'excrétion situées au-dessous seront sûrement perméables immédiatement, consécutivement et définitivement. En dehors de ces conditions, l'ablation me parait une opération un peu hasardée. L'étude de la cholécystostomie au triple point de vue : bénignité, facilité, efficacité, est intéressante à cet égard.

Pour établir la *bénignité*, rien ne parait plus simple que de

prendre les statistiques déjà faites, ou d'en établir de nouvelles, c'est ce que j'ai cherché à faire : le dépouillement des observations m'a donné de vraies désillusions. Pour établir scientifiquement la gravité d'une opération, pour avoir des résultats comparables, il faut à notre actif des renseignements indispensables, permettant d'établir le facteur causal des accidents. Il est de toute nécessité de séparer les cas où la vésicule est aseptique de ceux où elle est infectée. L'état des voies biliaires, non seulement au point de vue de leur infection, mais surtout de leur perméabilité parfaite, partielle, ou absente, le tout au moment de l'opération, et après l'intervention, il faudrait surtout savoir l'état antérieur du foie, suffisant ou insuffisant, normal ou altéré, sain ou infecté, temporairement ou définitivement, et enfin posséder des renseignements sur l'état général du sujet. Ce sont là autant de variétés non pas contingentes mais capitales pour l'établissement du pronostic et des causes d'échec. Croyez-vous, par exemple, que la mort, chez ma vieille malade cachectique, soit due au mode opératoire adopté ? Il ne viendra à l'idée de personne de voir là autre chose qu'une mort par insuffisance hépatique ancienne, aussi, quand on soumet au critérium précédent les faits publiés, on voit bien vite ce qu'il faut penser des statistiques établies et la difficulté extrême de classer les faits observés. Bien plus, mes collègues réservent les opérations *graves*, *dangereuses*, *difficiles*, *à la cholécystostomie*, si cette opération ne donnait pas une mortalité supérieure à l'ablation de la vésicule réservée aux bons cas, il lui faudrait vraiment une innocuité que je suis loin de lui accorder. Je préfère donc, pour affirmer sa bénignité plus grande, m'appuyer sur le consensus unanime de tous nos collègues qui la reconnaissent en fait, puisque toutes les fois qu'il existe un état local ou général douteux, ils lui donnent la préférence.

Sur le parallèle des deux opérations au point de vue *facilité*, je serai bref. Les difficultés opératoires sont de deux ordres, les unes tiennent aux *adhérences*, à la *rétraction*, à l'atrophie de la vésicule qui est perdue au milieu d'un agglomérat entéro-épiploïque, les autres consistent dans l'*extraction des calculs*. Les *premières sont fréquentes*, *réelles*, *mais communes* aux deux opérations ; qu'on l'enlève ou qu'on l'ouvre, il faut trouver la vésicule, et là encore il est plus simple de l'ouvrir et de la nettoyer que de compliquer l'opération par la décortication de tout le réservoir. Les secondes sont réelles, il est évident que l'ablation des calculs peut être pénible. Je me sers d'une pince ou d'une curette mousse pour les extraire et en fixant une surface suffisamment large de la vésicule ou en l'ouvrant dans toute la zone décorticable si elle est adhérente, on vient facilement à bout de cette extraction. —

Je n'ai rencontré que deux fois des difficultés ou plutôt la même difficulté : un calcul est engagé dans le col de la vésicule, il est enchatonné à sa partie supérieure, on sent un de ses angles dans la vésicule ou le canal cystique, mais on ne peut l'extraire. Chez mes deux malades, je l'ai broyé lentement, progressivement et sans encombre, mais il est certain que si je n'avais pu agir ainsi, j'aurais dû, ou prolonger mon incision, ou pratiquer l'ablation du contenant et du contenu. En dehors de ces cas, je n'ai vraiment rien trouvé de particulièrement difficile dans cette ouverture. Il est bien entendu que s'il existe des adhérences, la vésicule est friable et point n'est besoin de la suturer ; un tamponnement à la gaze iodoformée fait le chemin de la paroi à la vésicule, et suffit amplement.

Reste la question d'*efficacité*, c'est-à-dire de la guérison opératoire et thérapeutique des malades, le fait capital.

J'ai à envisager à cet égard les suites *immédiates* et les résultats *éloignés*. Le gros reproche fait à la cholécystostomie réside dans l'écoulement de la bile par la plaie après l'opération et dans sa persistance possible sous forme de fistule. Il y a, dans tout ce que l'on a dit à cet égard, une exagération intéressée aux besoins de la cause. Cet écoulement est immédiat ou consécutif, passager ou persistant, très minime ou abondant, et ces variations prouvent bien que l'ouverture de la vésicule n'est qu'un de ces éléments, puisque la même cause produit, suivant les cas, des effets si dissemblables. En général, les choses se passent très simplement et l'observation suivante, qui date du 14 avril dernier et qui relate ma quinzième opération de ce genre, est vraiment typique. Elle n'est pas parmi les plus faciles, puisque j'ai dû extraire 326 calculs de la vésicule et un du cholédoque.

D..., représentant de commerce, 25 ans, entre le 13 avril au n° 17 de notre service à la Maison Dubois.

Antécédents héréditaires. — Père mort de congestion pulmonaire. Mère très bien portante.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 12 ans ; à 19 ans le malade éprouve un grand chagrin qui modifie sensiblement son caractère. Pendant son service militaire en 1892, le malade était pris de diarrhée après presque tous les repas. Pendant les deux derniers mois qu'il passe au régiment en 1893, il se fait une fracture et est envoyé à Bourbonne-les-Bains. Aucune trace d'alcoolisme.

A la fin de 1893, le malade est pris d'une première crise de coliques hépatiques avec ictère très prononcé, décoloration des matières et douleur dans l'épaule droite ; il reste huit jours couché. Traitement benzonaphtol, frictions au jour de crise, douches.

Six mois plus tard, au commencement de 1894, nouvelle crise aussi

forte que la première et présentant les mêmes caractères (ictère et décoloration des matières).

Au bout de cinq mois, autre crise et depuis ce moment tous les trois ou quatre mois le malade est pris de coliques hépatiques.

Depuis le 26 janvier les crises reviennent tous les quatre ou cinq jours. Le malade est continuellement jaune. Depuis ce moment il est au régime lacté exclusif. Comme traitement : huile d'olive, benzoate et salicylate de soude. Aucune amélioration.

Le 10 avril, le malade commence le traitement préopératoire. Le malade entre à la maison de santé le 13 avril, il est jaune et amaigri (il a perdu 20 kilogrammes depuis le commencement de janvier). La palpation de l'abdomen est douloureuse à droite. Le foie n'est pas augmenté de volume. On sent une induration au niveau de la vésicule biliaire. Comme il a souffert atrocement depuis quelques mois le malade demande l'intervention.

Opération. — L'opération a lieu le 14 avril 1896, avec l'aide de MM. Dujarier et Marchais, internes du service.

Incision de 8 centimètres sur le bord droit du muscle grand droit. Vésicule adhérente à l'épiploon et à l'intestin, séparation facile de ces adhérences. Vésicule un peu épaisse bondée de calculs, jusqu'à une profondeur de 10 centimètres; dans la première portion du cholédoque, au-dessus du pancréas, on sent un autre calcul du volume d'une noisette. Suture difficile de la vésicule au péritoine pariétal par suite de sa rétraction. Ouverture de la vésicule entre les deux rangées de suture au catgut, extraction de 326 calculs. L'exploration dénote encore au point le plus éloigné un calcul contenu dans le canal cystique ou la première portion du cholédoque, on sent qu'une pointe de ce calcul peut être amenée au contact direct du doigt introduit dans le cholécyste. Son extraction étant impossible à travers ce faible orifice. Je fais 4 fois la cysticolithotritie au moyen d'une pince courbe et étroite, en trois broiements la pierre s'éfrite et, en introduisant doucement une mèche dans le conduit ou elle est renfermée et en retirant cette mèche, je ramène les fragments du calcul. Tamponnement à la gaze iodoformée du cholécyste. Pansement classique.

Examen du liquide. — Le liquide en très petite quantité contenu dans la vésicule est examiné par M. Claude.

Il contient du colibacille vivant et assez virulent, car un demi-centimètre cube inoculé dans la cuisse d'un cobaye a déterminé un phlegmon dont l'animal a d'ailleurs bien guéri.

Examen des calculs. — Deux calculs ont été ouverts et on a recueilli aseptiquement des fragments occupant leur centre. Ensemencés sur bouillon, ces fragments en poussière n'ont donné aucune culture. Il s'agissait de calculs mous s'écrasant sous le doigt, à centre coloré en brun noirâtre très mou. La périphérie est gris brun, finement striée par les aiguilles des cristaux.

Suites opératoires. — Le 18 avril, la mèche péritonéale est remplacée

par un drain, on sonde le malade qui a de la rétentien d'urine. T. 37°,6 le matin ; P. 96.

Le 20 avril la mèche de la vésicule est remplacée par un drain. Le drain péritonéal est raccourci, les fils sont enlevés. T. 36°,9 le matin, 38° le soir ; P. 82.

Le 21, les deux drains sont enlevés. T. 37°,4 le matin, 37°,8 le soir.

Du 20 au 25 inclus, écoulement abondant de bile qui oblige à changer le pansement deux fois par jour. A chaque pansement, M. Voisin recueille aseptiquement de la bile et sur chaque échantillon prélevé on reconnaît la présence de colibacilles, mais en quantité de plus en plus faible. La température se maintient autour de 37°.

A partir du 26 la bile ne s'écoule plus, on fait un pansement à l'iodoforme et à la pâte.

Le malade n'est plus jaune, sa langue est propre, sa santé générale très bonne.

Il sort très bien portant le 14 mai 1896; nous le revoyons le 1er juin très bien portant.

L'écoulement biliaire a donc lieu après l'ablation du tampon iodoformé, il dure de quatre à huit jours et il cesse spontanément. Quand il est *persistant*, il faut chercher sa cause dans *une lésion des canaux vecteurs de la bile au-dessous de la vésicule.* Cette lésion est une sténose inflammatoire, calculeuse ou cicatricielle. Suivant chacune de ces causes, le rétrécissement est immédiat, consécutif ou tardif, il est temporaire ou définitif. Les faits expérimentaux ont démontré à tous les physiologistes et à moi-même, l'impossibilité d'établir une fistule biliaire en ouvrant et fixant la vésicule à la peau ; il est indispensable, pour obtenir cette fistule, de lier et de reséquer le cholédoque. Sans cet obstacle absolu au cours normal de la bile, pas de fistule possible. La clinique parle dans le même sens ; voyez les deux observations de M. Monod : dans les deux cas, une fistule persiste, mais il existe un volumineux calcul laissé par l'opérateur dans le canal cystique. S'il n'existe pas d'obstacle, la plaie guérit simplement. et facilement L'écoulement abondant de la bile est donc symptomatique d'une sténose en aval de la vésicule, mais dans ce cas, *la persistance de cet écoulement* est un avantage, la fistule est une soupape de sûreté, soit pour l'élimination des calculs puisque souvent, comme les faits de M. Reclus le prouvent, elle est encore un précieux élément de guérison s'il s'agit d'une angiocholite infectieuse, puisque nous savons tous actuellement que le libre épanchement de la bile à l'extérieur est le plus puissant moyen de désinfection du foie et mon observation précédente le prouve. Ce sont tous ces éléments qu'il faut peser pour juger des causes, des accidents, de la persistance ou peut-être de la valeur thérapeutique de cette fistule. Et d'ailleurs,

la *cholécystectomie* ne met pas et ne peut pas mettre,à l'abri de cette fistule. Dans certains cas, M. Michaux en relève 1/4 des observations, et il propose la triple ligature pour s'en défendre. Sans doute une obstruction parfaite est nécessaire, mais que vous mettiez trois ou six fils, vous ne pourrez rien contre l'infection du canal oblitéré et vos ligatures seront forcément éliminées ; si elles s'infectent, là comme partout, ce sera même une issue favorable dans les cas d'obstruction située au-dessous de la ligature.

Vous voyez que cette question de la fistule biliaire est plus complexe que la simple constatation de l'écoulement de la bile ne paraît l'indiquer.

Reste la question de la récidive après la simple ouverture du cholécyste. La vésicule est le laboratoire des calculs biliaires ; soit, mais ce n'est pas une propriété exclusive, je dirai même qu'après son ouverture et la désinfection, c'est une propriété toute théorique, car je ne connais pas d'observation de récidive de calculs biliaires dans une vésicule ouverte, j'en excepte bien entendu les cas où on oublie dans le cholécyste un calcul qui nécessitera une nouvelle intervention.

Telles sont les conclusions qui me paraissent se dégager des observations que je vous ai rapportées, des faits que j'ai pu rassembler et de ceux que vous avez bien voulu nous exposer.

Rapports.

I. — *Abcès du cerveau consécutif à une otite grippale. Double trépanation*; par le D[r] Boppe, médecin principal, chef de l'hôpital militaire du Dey.

Rapport par M. CHAUVEL.

Depuis quelques années, la recherche des collections purulentes du cerveau, consécutives aux otites moyennes suppurées, est devenue de pratique courante. De multiples procédés opératoires ont été conseillés et leur étude critique a été faite d'une façon magistrale par Broca et Maubrac, dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine, ainsi que dans leur *Traité de chirurgie du cerveau*. Nos confrères sont arrivés à la conclusion que la plus sûre méthode était de défoncer tout d'abord les cellules mastoïdiennes et d'arriver par cette voie, chemin habituellement suivi par l'inflammation, d'abord sur les méninges, et puis par profondements sur l'encéphale mis à jour.

Dans l'observation de M. Boppe, cette conduite n'a pas paru

devoir être adoptée, parce que la caisse tympanique n'était plus, au moment de l'intervention, le siège d'une suppuration. Voici l'histoire intéressante du malade.

B..., zouave, grippe au commencement de février 1895; otite suppurée à droite avec perforation du tympan. Entrée à l'hôpital le 13 février, amélioration rapide, disparition des douleurs et des écoulements en quarante-huit heures. Le 19 février, retour des souffrances, fièvre et, sans gonflement local, paralysie de tout le côté gauche dans la journée du 22. Le lendemain, aphasie complète. On ponctionne la membrane du tympan sans qu'il sorte une goutte de pus et, malgré l'absence de tout empâtement mastoïdien, sur mon conseil, on décide de trépaner.

Le 24 février, trépanation sur le milieu de la ligne rolandique, incision de la dure-mère, un peu de pus visqueux à la surface de la partie du cerveau mise à jour. Agrandissement de la brèche osseuse par deux couronnes successivement placées au-dessous de la première, en suivant toujours le sillon de Rolando. Ni l'œil, ni le doigt n'indiquent une altération du tissu nerveux ; des ponctions faites dans différents sens, avec la grosse aiguille de l'aspirateur Potain, restent absolument sans résultat. Drainage à la gaze iodoformée, suture cutanée, pansement compressif.

Le 25 février, l'état restant le même, notre collègue se décide à chercher de nouveau l'abcès cérébral dont l'existence lui paraît certaine. Cette fois, il trépane sur l'horizontale rasant le bord supérieur du pavillon de l'oreille entre les deux verticales circonscrivant ledit pavillon. C'est un procédé que nous avons jadis indiqué à la suite de recherches anatomiques faites à l'amphithéâtre du Val-de-Grâce et qui nous a paru conduire directement sur le lobe temporal. Sous la rondelle osseuse, M. Boppe trouve le sillon formé par le rameau postérieur de la méningée moyenne. Ménageant le vaisseau, il ouvre la dure-mère, rien n'indique la présence d'un abcès. Craignant de léser le tronc artériel, il n'ose placer une couronne en avant de la première. Il agrandit, au contraire, la brèche osseuse tant en arrière qu'en dessous, il enfonce en divers sens dans le cerveau l'aiguille aspiratrice, il n'obtient pas trace de pus.

B... survécut encore durant cinq jours et succomba avec les symptômes d'une méningite de la base. A l'autopsie, on trouva dans la partie antérieure de la première circonvolution temporale, juste au-dessous du V de la troisième circonvolution frontale comprimée et refoulée en haut, un abcès du volume d'un gros œuf de pigeon. Le reste du cerveau était indemne, mais les méninges, dans cette région, étaient infiltrées d'un pus épais et verdâtre. Les cellules mastoïdiennes et la caisse tympanique ne présentaient plus trace de suppuration.

M. Boppe fait suivre son observation des quelques réflexions suivantes : « L'intérêt de ce fait réside surtout dans l'erreur de diagnostic commise. Étant donnés les symptômes si nets et si classiques de localisation de la lésion cérébrale : paralysie du

membre supérieur d'abord, puis du membre inférieur, enfin aphasie, il n'était guère possible de ne pas trépaner sur le sillon de Rolando.

« Quant à la seconde intervention, la crainte d'intéresser le tronc de l'artère méningée moyenne nous a seule empêché d'arriver sur l'abcès. Dans un cas analogue, il conviendrait peut-être de prolonger l'ouverture osseuse au-dessous de l'extrémité inférieure du sillon rolandique; on pourrait arriver ainsi sur la première circonvolution temporale.

« Enfin, il faut remarquer que la compression exercée sur les circonvolutions frontales et pariétales par l'abcès siégeant dans le lobe temporal s'est manifestée tout d'abord par de la paralysie des membres, au lieu de produire l'aphasie qui aurait dû, semble-t-il, apparaître dès le début, puisque la troisième circonvolution frontale était la première à subir les effets de cette compression. »

Je trouve que notre collègue ne peut se reprocher ce qu'il appelle une *erreur de diagnostic*. Les symptômes indiquaient une lésion en foyer et non une suppuration diffuse; les signes étaient ceux d'un abcès des centres moteurs et non d'une collection dans le lobe temporal. Bien longtemps encore les troubles fonctionnels, résultat d'un abcès plus ou moins éloigné, conséquence d'une compression à distance, en imposeront au chirurgien et viendront égarer sa main. Quelques millimètres plus en avant, l'aiguille pénétrait dans le foyer purulent et peut-être le malade était sauvé. M. Boppe nous dit qu'il a succombé à une méningite de la base. Nous pouvons objecter que les méninges ne se sont enflammées que dans les derniers jours, qu'une large brèche faite à la dure-mère eût permis l'évacuation du pus.

Bien que l'intervention chirurgicale soit restée impuissante dans ce cas spécial, ce n'est pas une raison pour l'abandonner en semblable condition. Mais peut-être, suivant le conseil de Broca, malgré l'absence de toute inflammation des cellules mastoïdiennes, vaut-il mieux, quels que soient les signes de localisation du foyer, suivre la loi qu'adoptent aujourd'hui presque tous les praticiens et, marchant par étapes, poursuivre le pus dans ses migrations les plus habituelles. Cette méthode semble avoir donné le plus grand nombre des succès, elle est certainement une des plus rationnelles.

II. — *Corps étranger dans la vessie; taille hypogastrique; adhérence du péritoine aux parois vésicales;* par le Dr Boppe, médecin principal, chef de l'hôpital militaire du Dey.

Rapport par M. CHAUVEL.

Il s'agit d'un militaire ayant l'habitude de s'introduire dans l'urèthre un manche de porte-plume en bois. Un jour, par mégarde l'instrument lui échappe et pénètre dans la vessie ; il est pris d'une cystite violente et entre à l'hôpital du Dey, le 23 mai 1895.

Le toucher rectal permet de sentir le corps étranger. Étant donné sa longueur (15 centimètres), son épaisseur, sa dureté, M. Boppe renonce à toute tentative d'exploration ou d'extraction par les voies naturelles; il pratique immédiatement la taille hypogastrique.

Le point intéressant de l'intervention est qu'ayant relevé avec le doigt le tissu cellulaire prévésical et mis à jour une surface bombée, blanchâtre, sillonnée de grosses veines longitudinales, notre collègue croit avoir sous les yeux la paroi antérieure de la vessie. Il y passe deux fils, la soulève, l'incise avec prudence et s'aperçoit alors qu'il a simplement ouvert le péritoine épaissi et devenu comme fibreux. La boutonnière fermée au catgut, il devint très pénible de séparer ce feuillet séreux de la vessie, en raison des adhérences multiples qui les unissaient intimement.

Cependant, notre confrère y arrive, non sans avoir à lutter contre un écoulement sanguin abondant et sur la saillie formée par un des bouts du porte-plume, il divise la paroi vésicale épaisse de près de 1 centimètre et hypertrophiée, surtout dans sa tunique musculaire. Pas de sutures, tubes de Périer pendant trois jours. Aucune fièvre, aucun accident. La cystite se calme et disparaît sous l'action d'un traitement approprié, la guérison est complète le dix-neuvième jour.

La seule conclusion à tirer de ce fait, c'est qu'à la suite de cystites traumatiques répétées, il peut se former des adhérences solides entre la vessie et le feuillet péritonéal qui recouvre sa partie supérieure; c'est que cet épaississement de la séreuse peut induire le chirurgien en erreur, lui faire croire qu'il est arrivé sur le réservoir urinaire alors qu'il n'est encore qu'en avant de cet organe.

Nous devons remercier M. le Dr Boppe de ses intéressantes observations. Notre collègue compte parmi ces chirurgiens de l'armée qui, loin des centres scientifiques, s'efforcent de maintenir la pratique de l'art à la hauteur des progrès les plus récents. Je vous propose de l'inscrire dans un bon rang sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de notre Société.

Communication.

Phlegmon ligneux du cou.

Par M. PAUL RECLUS.

Nous avons déjà publié quatre observations d'une variété spéciale de phlegmon du cou qui, si nous en croyons le résultat négatif de nos lectures, n'avait pas encore été décrite. Je viens d'en recueillir un nouvel exemple que je veux vous communiquer. En effet, peut-être en est-il parmi vous qui, de leur côté, ont vu des faits semblables ; ils voudront bien les ajouter aux nôtres et, grâce à cet appoint, nous pourrons constituer l'histoire de cette forme d'allure si particulière et trop fréquente pour rester ignorée. Voici l'observation :

A la fin d'octobre, un employé d'octroi vient nous consulter pour une tuméfaction du cou. C'est un homme de 35 ans, assez vigoureux, quoique pâle et maigre : il ne présente aucun antécédent personnel ou héréditaire digne d'être noté, à l'exception d'une fièvre intermittente contractée dans son enfance, en Bretagne, son pays natal. Le début de son affection actuelle remonte à quatre mois : le 29 juin, il ressent un léger mal de gorge qui s'accentue peu à peu et devint assez intense pour gêner la déglutition et altérer le timbre de la voix. Il s'atténue parfois, mais reparaît par crises assez violentes. Au bout de six semaines, le cou se met à grossir d'une manière progressive, mais sans fièvre et sans douleur, et le malade se plaint surtout de ne pouvoir boutonner le premier bouton de sa tunique. Ces phénomènes, loin de disparaître, s'accentuent, aussi notre homme se décide à entrer à l'hôpital où nous l'examinons quatre mois après le début du mal de gorge, trois mois après le commencement de sa tuméfaction cervicale.

Nous trouvons dans la région pré-laryngienne, au-dessous du bord supérieur du cartilage thyroïde, au-dessus de la dépression sus-sternale qu'elle comble et limitée en dehors et de chaque côté par les muscles sterno-cléido-mastoïdiens une sorte de plaque uniforme, sans bosselure, immobile et comme adhérente aux muscles et aux os sous-jacents. Néanmoins, lors des mouvements de déglution, elle s'élève en masse avec le larynx. Elle est à peine chaude, mais d'un rouge foncé, lie-de-vin ; en aucun point la pression n'y imprime la trace de l'œdème et ne réveille de douleurs. Enfin et surtout cette tuméfaction est dure, d'une dureté ligneuse ; elle blinde le cou dont la peau épaissie rappelle, comme aspect et comme consistance, les cancers en cuirasse de la mamelle. Cette ressemblance est telle que M. Gouguenheim d'abord, puis notre collègue M. Périer, qui avaient déjà vu le malade à Lariboisière, crurent à un sarcome dur englobant le larynx ; tel fut aussi le diagnostic de tous nos jeunes confrères, candidats au bureau central.

Pour ma part, averti par le souvenir de mes quatre précédents malades dont la tumeur comme aspect, comme consistance et comme évolution était pour ainsi dire superposable à celle que j'avais sous les yeux, je portai, au grand étonnement des élèves, le diagnostic de phlegmon ligneux du cou. Néanmoins je ne pus m'empêcher de faire quelques réserves sur la possibilité d'un néoplasme malin de la peau, tant la ressemblance était grande avec le cancer en cuirasse. Mais, au bout de quelques jours, apparaît, au centre de la tumeur, un point plus rouge, plus violacé, qui devient chaud et un peu douloureux; il s'œdématie et bientôt on y perçoit une fluctuation superficielle. J'incise, sous la cocaïne, la collection, qui contient la valeur d'une cuillerée à café de pus, aspiré par deux pipettes et envoyé à M. Lesage, au laboratoire de bactériologie. Au bout de la semaine la petite cavité était cicatrisée et la plaque avait repris, dans toute son étendue, la dureté ligneuse du début et l'aspect de cancer cutané.

Dix jours après un nouvel abcès se forme, qu'on ouvre de la même façon, puis un troisième, un quatrième, un cinquième. Ils sont petits et ne contiennent guère que quelques gouttes de pus. Ils se succèdent ainsi pendant les mois de novembre et de décembre. Les uns se cicatrisent, les autres laissent après eux une fistulette par où sourd difficilement un peu de sérosité. Mais l'évacuation de ces collections minuscules modifie à peine l'aspect de la plaque pré-laryngienne qui reste aussi résistante et garde une coloration lie-de-vin et ses limites premières. Le malade a maigri; il ne pèse plus que 65 kilos au lieu de 71. Cependant toutes ses fonctions organiques paraissent normales; les poumons et le larynx sont intacts; à peine note-t-on une égère hyperémie de la corde vocale droite; des ganglions apparaissent, l'un au devant de l'os hyoïde, et l'autre dans l'angle du maxillaire inférieur.

C'est à ce moment que M. Lesage nous donne le résultat des examens bactériologiques qu'il avait pratiqués. Le microscope avait montré dans le liquide purulent, au milieu de leucocytes granuleux, quelques rares bacilles courts, colorés facilement par le bleu de Löffler et par le bleu de Roux et difficilement par la méthode de Gram. La culture, avec une petite quantité de pus, resta négative; mais elle fut positive lorsqu'on fit l'ensemencement avec 2 centimètres cubes de pus. Il faut donc admettre que ce pus était très pauvre en germe. Les cultures positives sur sérum et sur gélose sont en tous points semblables à celles de la forme courte du bacille de Löffler dont elles ont tous les caractères de coloration. On a obtenu deux cultures, mais à la troisième reprise la pousse ne s'est pas effectuée. En somme, il s'agit ici d'un bacille diphtéritique ou pseudo-diphtéritique rare et de virulence très atténuée. Telle fut la conclusion de M. Lesage et cette constatation nous ouvrait quelque horizon nouveau pour le traitement.

En effet, les commémoratifs nous avaient appris que le mal a débuté après un mal de gorge très manifeste et caractérisé surtout par la douleur, l'altération de la voix et la gêne de la déglutition. Ne s'agissait-il pas là de quelque forme atténuée de diphtérie sur laquelle le sérum de Roux pourrait avoir quelque prise? En tous cas nous ne risquions rien

d'essayer. Aussi, le 8 février, nous faisons une première injection de 20 grammes de sérum sous la peau du flanc gauche, le lendemain et le surlendemain une de 10 grammes, et, dès ce moment, le malade accuse une amélioration sensible. Les souffrances vagues, que depuis quelques semaines il ressentait au niveau de la tuméfaction, ont disparu; la déglutition est plus facile et il semble même que les tissus sont moins résistants; puis les sterno-mastoïdiens se dégagent et la plaque diminue d'étendue et de dureté à tel point que, vers la fin de mars, notre homme nous quittait à peu près guéri; la maladie avait duré plus de six mois.

Cette observation rappelle trait pour trait mes quatre observations précédentes. Dans tous les cas, la tuméfaction s'est développée sur le cou, quelquefois en avant, quelquefois sur les parties latérales; dans tous les cas elle s'étale en une plaque, sorte de blindage étalé, sans bosselures, à peine chaude, mais très colorée; dans tous les cas elle s'arrête au milieu de tissus sains par une limite nette, un bourrelet assez gros, mais plus sensible au doigt qu'à la vue. Dans tous les cas la consistance en est caractéristique : elle est absolument ligneuse et rappelle le squirrhe de la peau à ce point que, même lorsqu'on a l'esprit éveillé sur l'existence de cette forme particulière de phlegmon, on hésite toujours et l'on n'ose écarter tout à fait l'idée de tumeur maligne. Dans tous les cas l'évolution de la maladie a été la même : au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, des points se ramollissent qui donnent issue à une petite quantité de pus et se ferment ou se fistulisent pendant que d'autres abcès minuscules se développent et s'ouvrent. Et cela pendant un temps indéterminé.

Nous ne savons rien sur l'étiologie et la pathogénie de cette affection. Nous ne l'avons observée que chez les hommes ; elle n'a encore atteint que des individus relativement âgés : le plus jeune de mes malades avait 35 ans, le plus vieux était nonagénaire; presque tous étaient affaiblis. C'est à propos de notre dernier cas seulement que notre attention a été appelée sur un mal de gorge antérieur, et nous nous demandons si cette localisation dans la région cervicale ne tient pas à la pénétration de germes pathogènes qui, de la muqueuse laryngée et pharyngée enflammées, gagneraient, par les lymphatiques, les ganglions cervicaux et l'atmosphère celluleuse qui les entoure. L'examen bactériologique du pus recueilli sur notre dernier malade plaiderait en faveur de cette hypothèse : le bacille que l'on a trouvé avait tous les caractères du bacille de Löffler et le sérum antidiphtéritique a déterminé une amélioration indiscutable. Mais ce point ne pourra être résolu que par l'étude de faits nouveaux.

Le sérum de Roux sera-t-il efficace dans tous les cas ? Ce serait à souhaiter, car le phlegmon ligneux du cou est un mal terrible-

ment rebelle. Il dure des mois et ne guérit pas tout seul. Il nécessite, au contraire, une thérapeutique énergique et même brutale. Dans un cas antérieur, j'ai dû recourir, de guerre lasse, au thermocautère et creuser dans les tissus épaissis et indurés de larges tranchées qui traversaient, suivant plusieurs lignes parallèles, la masse phlegmoneuse. On voit les délabrements qu'éviterait le sérum antidiphtéritique si décidément il devenait indiqué dans tous les cas.

Discussion.

M. Quénu. — Je ne pense pas qu'on soit autorisé à voir, dans ce que M. Reclus appelle le phlegmon ligneux du cou, autre chose qu'une modalité d'évolution d'un phlegmon quelconque.

L'induration et la marche lente du phlegmon tiennent à la formation d'une zone scléreuse excessive autour du point infecté ; elles s'observent spécialement dans les phlegmons de la nuque, mais cette forme d'inflammation n'est pas spéciale à la région cervicale ; j'en ai tout dernièrement observé un exemple à la paroi abdominale, où des injections de sérum antistreptococciques avaient été faites d'une façon répétée contre un érysipèle chronique de la face. Toute la moitié droite de la paroi était convertie en un bloc dur, d'aspect néoplasique, sans changement de couleur de la peau. Ce n'est qu'après plusieurs semaines qu'il se forma un point plus mou, sans rougeur de la peau. L'incision ne donna issue qu'à une cuillerée de pus siégeant derrière le grand oblique.

Quant à la raison de cette évolution spéciale, je pense qu'il faut la chercher et dans la virulence atténuée de l'agent infectieux et dans le mode de réaction des tissus suivant les sujets et suivant l'état de la nutrition des sujets. La forme ligneuse paraît spécialement en rapport avec les inoculations successives d'une région ; c'est peut-être la raison de sa fréquence au cou, dont les ganglions reçoivent à chaque instant, en cas d'angines chroniques ou à répétition, de véritables décharges de produits septiques ; je me refuse à faire du phlegmon ligneux une espèce particulière d'inflammation, et même une localisation spéciale d'un genre de phlegmon.

M. Reynier. — J'ai vu trois ou quatre phlegmons ligneux du cou. J'appuie ce que vient de dire M. Quénu. Dans un cas, j'ai fait l'examen bactériologique et n'ai trouvé que du staphylocoque. Ces phlegmons m'ont paru se produire spécialement chez des cachectiques ; ils me paraissent liés à un état cachectique et à un trouble de la nutrition. C'est le terrain qui fait le caractère du phlegmon.

M. Reclus. — Il y a deux points dans cette question : d'abord, le point de vue clinique ; il est nécessaire d'appeler l'attention sur

ces abcès, puisque plusieurs de mes jeunes collègues s'y sont trompés et les ont pris pour des néoplasmes. Y a-t-il de ces phlegmons ailleurs qu'au cou? C'est possible ; mais, dans les cas que j'ai vus, la peau n'avait pas la même coloration. Je ne soutiens pas la spécificité, puisque je n'ai qu'un seul cas. Je me rallierai assez volontiers à l'influence du terrain, et, en effet, dans mes cinq observations, ce qui dominait, c'était la cachexie. Je suis donc loin de faire de ce phlegmon ligneux une entité morbide.

M. Poncet. — La question de terrain joue un grand rôle, mais l'agent pathogène aussi : on trouve dans les phlegmons du cou des microbes très différents ; il n'y a pas que des streptocoques et des staphylocoques.

Dans nombre de cas, il s'agit d'autres microbes. J'ai fait examiner les pus des abcès consécutifs à des affections de la face et du cou ; nous avons trouvé souvent l'agent de l'actinomycose et quelquefois une forme intermédiaire qui nous a paru mériter le nom de pseudo-actinomycose. Dans ces cas, les accidents avaient précisément ces caractères de dureté simulant le néoplasme. La moralité que je veux tirer de cette discussion, c'est qu'il faut examiner systématiquement le liquide de toutes les collections.

Lectures.

M. Delbet lit une observation de cholécystentérostomie (M. Broca, rapporteur).

M. Courtin fait une communication sur un fait de cure radicale de hernie du cœcum avec résection de l'anse iléo-colique et entérorraphie (M. Reynier, rapporteur).

Présentation de malades.

Tétanos chronique. Hydrate de chloral. Injection de sérum antitétanique. Exanthème. Guérison.

M. Broca. — J'ai l'honneur de présenter un enfant guéri d'un tétanos généralisé, mais subaigu, qui a été traité par le sérum antitoxique de Roux. Sachant qu'en France les résultats curatifs ont jusqu'à présent été nuls, je n'ai pas cru devoir m'en tenir à cette thérapeutique, et l'enfant a été soumis, en outre, à l'action du chloral. Je ne conclurai donc pas qu'il doit sa guérison au sérum, mais j'ai cru intéressant de vous le présenter, tout simplement parce qu'il n'est pas mort.

Voici l'observation, recueillie par M. Courtillier, interne des hôpitaux :

F... (Joseph), âgé de 10 ans, est admis le 19 avril 1896 à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, n° 16.

Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier. Toutefois, il est à noter que, depuis l'âge de 3 ans, il existe au niveau de la face externe du calcanéum gauche une cicatrice avec trajet fistuleux d'origine osseuse, par lequel il s'écoule du liquide séro-purulent. Depuis un an environ, à la partie inférieure du mollet gauche, s'est formé un trajet fistuleux donnant, lui aussi, issue à du liquide séro-purulent.

L'enfant peut causer, malgré la raideur des mâchoires, et il raconte que, dans la nuit du vendredi 10 avril, il a éprouvé un sentiment de constriction dans la gorge et qu'à son lever il ne put avaler son petit déjeuner. Bientôt les dents se serrent et il est pris de trismus qui va en s'accentuant par crises. A la fin de la journée apparaissent des contractures dans les muscles de la nuque. Un médecin le soigne et, le croyant atteint d'angine, lui fait des badigeonnages de la gorge avec un collutoire.

Les crises de contracture de la mâchoire et de la nuque deviennent plus fréquentes et plus fortes ; elles s'accompagnent d'épisthotonos et de raideur des quatre membres. Ces crises ont atteint leur plus grande intensité le lundi 13 avril et, depuis quelques jours, si on ne note aucun phénomène d'amélioration, on ne constate non plus aucune augmentation dans l'intensité et la fréquence des crises.

A l'entrée dans le service, neuf jours après le début du tétanos, on note que toute la face postérieure de la jambe gauche est le siège de phénomènes lymphangitiques, qui entourent également les orifices fistuleux. La peau épaisse, infiltrée, n'est pas chaude, ce qui montre que cette lymphangite ne présente pas de phénomènes bien aigus.

Les muscles de la face sont contractés et l'expression de rire sardonique est assez prononcée. Le trismus existe, mais, malgré cela, l'enfant peut causer. Les phénomènes de dysphagie du début ont disparu et l'enfant peut avaler une potion de chloral sans difficulté et sans avoir de crise de contracture.

La raideur est plus prononcée aux membres supérieurs qu'aux inférieurs et à ceux-ci, c'est le gauche qui est le plus atteint. On constate aussi la contracture des muscles extenseurs de la nuque et du tronc, sans qu'il y ait épisthotonos. La respiration s'effectue facilement et le diaphragme fonctionne d'une façon normale. On n'observe ni douleur, ni sueur, ni trouble de la miction ou de la défécation. La température est de 37°,4.

Le pouls régulier, plein, fort, bat 76 pulsations à la minute ; les mouvements respiratoires sont de 44 à la minute. Le bruit et le mouvement ne gênent pas l'enfant qui est calme, tranquille, le facies nullement abattu. A 11 heures du matin, on fait dans la région épigastrique une injection sous-cutanée, non douloureuse, de 10 centimètres cubes de

sérum antitétanique. De 9 heures à midi, l'enfant a pris en potion 5 grammes de chloral. Pendant le reste de la journée l'enfant est calme, mais, vers le soir, il devient irritable et, pendant la nuit du 19 au 20, il a cinq ou six crises assez violentes.

Le 20 avril, la contracture est plus accentuée aux membres inférieurs au tronc et à la mâchoire. Le malade avale avec difficulté et la déglutition réveille les contractures. A 11 heures du matin, on pratique une nouvelle injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique; l'injection est un peu douloureuse. Le malade passe une mauvaise après-midi, il a un air très abattu entre les crises devenues plus fréquentes et plus violentes. Les mouvements respiratoires sont de 42 à la minute, et les pulsations cardiaques de 96. Potion de 10 grammes de chloral pendant les vingt-quatre heures.

Le 21, la contracture s'accentue aux membres supérieurs, atteignant ainsi une assez grande intensité sur les quatre membres, le tronc et la tête. La dysphagie toujours aussi prononcée, ne permet que difficilement l'absorption des liquides. Les battements du cœur sont un peu sourds, moins bien frappés que la veille. La respiration paraît légèrement gênée et il existe une légère cyanose. A onze heures du matin, injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Depuis 2 heures de l'après-midi jusqu'à 7 heures du soir, l'enfant, qui paraît très abattu, est pris d'un sommeil calme et n'a aucune crise.

Le 22 au matin, après avoir passé une nuit calme, le malade est plus éveillé, il remue légèrement bras et jambes. A onze heures, on lui fait pour la quatrième fois, dans la région épigastrique, une injection, qui est douloureuse, de sérum antitétanique; comme les jours précédents, 10 grammes de chloral en potion. Peu de crises pendant la journée et la nuit.

Les phénomènes de contracture sont très améliorés le 23, et le trismus seul persiste, assez prononcé. La dysphagie, atténuée depuis la veille, permet à l'enfant d'absorber plus facilement sa potion et de s'alimenter avec du lait. Durant toute l'après-midi et une partie de la nuit, on n'a noté aucune crise.

L'amélioration s'accentue encore le 24.

Le 25, on constate sur l'abdomen l'existence de plaques d'étendue variable, de forme irrégulière, constituées par un piqueté rouge dont chaque point bien net, bien isolé, ne présente aucune rougeur sur son pourtour. Le soir, les plaques sont plus étendues, plus nombreuses. La température est de 37°,8.

Le lendemain 26, l'éruption est généralisée à tout le corps, y compris la face; c'est une rougeur scarlatinoïde en nappes très étendues, sans îlots sains au milieu. On n'y voit plus le piqueté du début, ni aucune vergeture; la teinte est uniforme. Comme phénomène de contracture, il y a à noter seulement du trismus et la persistance du rire sardonique.

Les caractères de l'éruption s'atténuent les jours suivants et le 29 elle a en partie disparu. A cette date seulement, on cesse d'administrer la potion quotidienne de 10 grammes de chloral, ce qui semble démon-

trer que l'éruption n'est pas médicamenteuse. L'amélioration va toujours en s'accentuant et le malade s'alimente.

Le 5 mai on le lève et on constate dans toutes ses masses musculaires un tonus assez prononcé qui ne permet que des mouvements lents et spastiques. Pendant la marche, la face dorsale des orteils touche le sol; on ne note aucune paralysie des extenseurs, mais une contracture des fléchisseurs.

Le malade sort guéri le 11 mai 1896. La face a toujours conservé l'expression du rire sardonique, on note aussi que la contracture musculaire n'a pas entièrement disparu.

Le 18 mai, on revoit le malade. Le visage conserve encore l'expression du rire sardonique dont on ne constate la disparition complète que le 27 mai.

Discussion.

M. Championnière. — Il ne faut pas dire que tous les malades traités antérieurement sont morts, puisque j'ai déjà parlé, ici même, d'un cas de guérison.

L'autre jour, j'ai eu un tétanique venu de la ville. Nous avons fait des injections ; la mort est survenue rapidement. Il s'agissait d'une forme à marche primitivement peu rapide, à caractère insidieux.

M. Delorme. — Je ne crois pas M. Broca autorisé à considérer la guérison comme liée à l'emploi du sérum antitoxique, puisqu'il a employé en même temps le chloral.

M. Reclus. — M. Broca trouvera un mémoire sur la méthode mixte dans les journaux de la semaine (Tardy, *Rev. de chir.*, 1896). D'autre part, je crois à l'injection préventive.

M. Monod. — M. Nocard ne nie pas du tout la valeur de l'injection préventive. Il en a au contraire démontré l'efficacité chez les chevaux.

M. Championnière. — La question n'a pas été posée sur ce terrain ; je n'ai fait allusion qu'au traitement des tétanos déclarés et non au traitement préventif.

Je répondrai à M. Delorme que mon malade, traité par le chloral, allait très mal quand, après les injections de toxine, il s'est amélioré, puis a guéri.

M. Broca. — J'avais oublié le fait semblable de M. Lucas-Championnière ; je ne puis que le regretter. Quant à l'objection de M. Delorme, je ne crois pas avoir à y répondre, puisque M. Delorme a exprimé tout simplement ma pensée.

Nomination de commission.

Nomination d'une commission pour l'examen des titres des candidats à une place de membre titulaire.
Sont nommés : MM. Tuffier, Championnière et Walther.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
QUÉNU.

Séance du 3 juin 1896.

Présidence de M. CH. MONOD.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Des lettres de MM. BRUN, JALAGUIER et MARCHAND, qui demandent un congé, retenus qu'ils sont au concours du bureau central de chirurgie ;

3° Une lettre de M. SANEFIRESCOU (de Jassi), qui se porte candidat au titre de membre correspondant étranger.

A propos du procès-verbal.

Phlegmon ligneux du cou.

M. CH. MONOD. — J'avais conservé le souvenir du fait observé dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, de phlegmon dur du cou, dont l'interprétation m'avait paru difficile. Je n'ai retrouvé sur ce fait que des notes très incomplètes. Il m'a paru cependant qu'il y

avait intérêt à le joindre tel quel aux observations si intéressantes que M. Reclus nous a communiquées dans la dernière séance.

M..., homme, 27 ans, entré le 4 janvier 1892 à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Monod, présentait à la partie gauche du cou un gonflement mal limité, étendu à toute la hauteur du cou et dépassant la ligne médiane, en avant de consistance ferme, comme ligneuse, survenue sans cause appréciable, trois semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital.

Du 4 au 16 janvier, pansements humides ; fin des mouvements du cou, peu de douleur.

Ce n'est qu'à partir du 14 janvier que l'on reconnaît le long du bord antérieur du sternum mastoïdien une région moins dure et qui semble devoir devenir fluctuante [1].

16 janvier. — Longue incision le long du bord antérieur du sternum mastoïdien. On pénètre dans un espace plutôt que dans une cavité, sous-aponévrotique, d'où ne s'écoule pas une goutte de pus; on en sort par expression une matière granuleuse, ayant l'aspect de ganglions ramollis ; il semble que l'on soit en présence d'un tissu cellulaire infiltré par une inflammation diphtéroïde.

Suture partielle de l'incision ; drain dans son extrémité inférieure.

Marche. — Il s'écoule, en poursuivant, à peine quelques gouttes de pus par le drain qui est supprimé dès le 20 janvier. L'empâtement persiste.

Un gonflement semblable se produit du côté opposé, à droite ; gonflement dur, sans fluctuation perceptible.

Deuxième incision (à droite) le 30 janvier, en arrière du sterno-mastoïdien, à la partie supérieure du creux sous-claviculaire ; incision transversale en un point où la fluctuation semble évidente.

Il s'écoule, en effet, une bonne cuillerée à soupe de pus phlegmoneux, le doigt explorant la cavité sent les vertèbres cervicales. Drain.

Marche. — Ecoulement de pus modéré. Le 5 février, suppression du drain, l'empâtement persiste à droite.

13 février. — Le malade part pour Vincennes.

1er mars. — A gauche, il reste un trajet fistuleux d'environ 2cm,5 de profondeur.

A droite, l'incision faite est cicatrisée ; le gonflement a beaucoup diminué, le cou tend à reprendre sa souplesse.

Le malade est perdu de vue.

Discussion sur la cholédocotomie.

M. Gérard-Marchant. — L'opération de la cholédocotomie est aujourd'hui une opération bien réglée; ses indications sont nette-

[1] Note écrite le soir dans mon cahier d'opération.

ment définies, qu'il s'agisse de calculs ou d'infection des voies biliaires, mais le diagnostic présente de sérieuses difficultés, et c'est un point à bien mettre en lumière.

J'ai opéré cinq malades pour des calculs réels ou supposés du cholédoque : ces observations me semblant avoir un certain intérêt, je demande à les relater devant vous.

Il y a cinq ans, je fus appelé auprès d'une femme jeune encore, 36 ans, qui avait depuis dix-huit mois des crises hépatiques avec ictère. Les crises étaient subintrantes, les douleurs si vives et la perturbation apportée à l'économie telle, que je proposai une intervention, deux saisons à Vichy et un traitement médical bien combiné n'ayant rien donné.

Une laparotomie latérale me permit d'arriver sur la région de la vésicule, mais là commença mon embarras. La vésicule était remplacée par une série de kystes, de dimensions inégales, renfermant un liquide clair. Il ne me fut pas possible de retrouver, au milieu de ces adhérences du péritoine, du gros intestin, du duodénum et de la face inférieure du foie, le canal cholédoque. Je ne trouvai pas le calcul et établis alors une fistule au niveau d'une de ces vacuoles dont je viens de vous parler.

Je jugeai l'opération que je venais de pratiquer, comme vous-même ; elle était irrationnelle et sans validité. C'est ici qu'un heureux hasard pour le chirurgien, et surtout pour la malade, vint à notre secours.

Dans la nuit qui suivit cette intervention, cette opérée fut prise de douleurs extrêmement violentes, avec irradiations dans l'épaule, de vomissements incoercibles, et après quarante-huit heures d'un état syncopal alarmant, les crises cessèrent brusquement et cette malade rendit par les selles un calcul.

A partir de ce moment, tout rentra dans l'ordre et j'eus le bénéfice moral d'une intervention heureuse, alors que seul le hasard m'avait servi.

Je me suis demandé si la fixation de la vésicule, les manœuvres pour trouver ce calcul introuvable n'avaient pas aidé la nature ; mais je ne conseillerai à personne de renouveler pareille tentative !

Dans les deux faits qui vont suivre, je n'ai pas été plus heureux pour la découverte du calcul du cholédoque.

Le Dr Barthez, d'Ivry, m'envoyait, à l'hospice d'Ivry, une femme de 54 ans qui, depuis plus de deux ans, avait un ictère des plus prononcés, survenu brusquement, sans coliques hépatiques antérieures ; il n'y avait aucun trouble de la santé générale, pas de perte d'appétit, pas d'amaigrissement, mais une insommie due aux démangeaisons des plus pénibles éprouvées par cette malade ; les selles étaient décolorées.

Je pensai à une obstruction des voies biliaires et pratiquai la laparotomie. Je trouvai une vésicule biliaire moyennement distendue et,

ici encore, malgré toutes mes recherches, je ne pus arriver à déceler un calcul. Je dus établir une fistule biliaire externe. Cette femme a vécu un an et demi dans mon service, améliorée par l'intervention au point de vue de son ictère et de ses démangeaisons. Les recherches que je fis souvent pour trouver un calcul restèrent infructueuses.

Cette femme succomba à des phénomènes d'ictère grave.

Je pratiquai avec le plus grand soin l'autopsie de cette opérée et, jugez de ma surprise de trouver des voies biliaires très larges, un cholédoque admettant le doigt. Nulle part d'obstruction, nulle part de calcul.

L'examen histologique fait au laboratoire de M. Brault par M. Weinberg, consigné dans ces quelques lignes, permit de constater qu'on se trouvait en présence, non d'une obstruction du cholédoque, mais d'une affection du foie.

A un faible grossissement, on voit déjà que la topographie du foie a changé ; toute la surface de la coupe est parsemée de nodules d'hyperplasie nodulaire. Au lieu de se diriger régulièrement vers la périphérie du lobule, les trabécules cellulaires, d'ailleurs très hypertrophiés, appartenant à tout un lobule ou à une partie du lobule, se clivent sans présenter une orientation déterminée autour d'un vaisseau quelconque du foie. Très souvent même, on n'aperçoit aucun vaisseau sur la coupe de ces nodules.

Les espaces-porte sont le siège de lésions considérables qui portent surtout sur le système des canaux biliaires. Presque tous les canaux biliaires, aussi bien les grands que les petits, sont infiltrés et entourés d'éléments embryonnaires. Cette infiltration leucocytique suit le trajet des canaux biliaires, leur forme des manchons complets qu'on voit très bien sur des coupes longitudinales de canaux biliaires.

Les espace-portes eux-mêmes sont élargis et envoient souvent des prolongements conjonctifs vers la périphérie des lobules hépathiques. Dans des coupes où il n'y a presque pas de lésions scléreures, nous avons cependant vu une grande plaque de tissu conjonctif occupant tout le champ du microscope et réunissant deux canaux biliaires très enflammés.

D'ailleurs, il faut dire que le processus scléreux ne présente pas la même intensité dans toute l'étendue du foie. Tandis que les coupes d'un morceau du foie ne présentent presque pas de sclérose en nous donnant surtout le dessin du foie atteint d'hyperplasie nodulaire, les coupes faites sur un morceau pris dans une autre portion du foie montrent un processus scléreux bien avancé. Ici les prolongements scléreux ne meurent pas tout aussitôt à la périphérie du lobule, mais vont à la rencontre les uns des autres, et, en se réunissant, délimitent des espaces irréguliers englobant parfois un, mais le plus souvent plusieurs lobules hépathiques. C'est aussi dans ces coupes qu'on constate la pigmentation biliaire prononcée de certains trabécules. Tantôt cette pigmentation ou

plutôt infiltration biliaire frappe tout un lobule, tantôt elle est limitée à la périphérie des trabécules hépatiques.

Avec un fort grossissement, on constate que les canaux biliaires présentent tous les degrés de l'inflammation. On peut trouver encore des canaux biliaires qui ont conservé leur épithélium cylindrique ou cubique, mais qui sont cependant entourés d'une zone inflammatoire. Le plus souvent l'épithélium des canaux biliaires est tombé et leur paroi est complètement infiltrée d'éléments embryonnaires. Par place la paroi des canaux biliaires a disparu et, à la place d'un canal biliaire, on ne trouve qu'un abcès biliaire microscopique. Les traînées leucocytiques, partant des canaux biliaires, diffusent un peu dans l'espace-porte et vont infiltrer les parties périphériques des lobules hépatiques. Dans aucune de nos coupes, nous n'avons vu une veine ou une artère hépatique entourée par une zone embryonnaire complète.

Les cellules hépatiques sont très hypertrophiées et présentent souvent dans leur intérieur deux, trois, et parfois quatre noyaux. Dans les points que nous avons indiqués plus haut, elles sont infiltrées de bile qui apparaît sous forme de petites granulations vertes sur des coupes colorées avec du bleu de méthylène.

Les capillaires intertrabéculaires sont souvent dilatés et laissent voir dans leur intérieur un nombre assez considérable de leucocytes. Or, il résulte de notre analyse microscopique que nous sommes en présence d'une angio- et péri-angiocholite compliquée d'une hépatite diffuse nodulaire. Comme le maximum des lésions inflammatoires est autour des canaux biliaires et que c'est seulement là qu'on trouve des nodules inflammatoires, nous sommes en droit de conclure que ce sont les canaux biliaires qui ont ouvert la porte à l'infection.

En même temps qu'il a provoqué des lésions d'angio- et de péri-angiocholite, l'agent infectieux a irrité, d'une façon indirecte, peut-être en sécrétant des toxines, les cellules hépathiques qui ont réagi en formant des nodules hyperplasiques.

C'est d'ailleurs la manière de voir de notre maître, M. Brault.

Observation rédigée par M. Blanc, interne du service. — En mai 1895, entrait dans mon service de l'hôpital Tenon un malade soigné dans le même hôpital par mon collègue, M. Brault, pour un ictère chronique.

Il y a sept mois, *sans jamais avoir eu de crise de coliques hépatiques, ni aucun trouble hépatique*, le malade a commencé à jaunir et presque d'emblée a présenté tous les signes d'un ictère chronique par rétention.

Dès ce jour, sans cependant voir son appétit ou son embonpoint diminuer, le malade a eu des séries de poussées d'ictère, puis des périodes où son teint semblait revenir à la couleur normale.

Ces poussées d'ictère s'accompagnaient d'une légère ascension thermique et peu après la température retombait à la normale.

Dans ces derniers temps, l'appétit est devenu moindre et l'état général paraît moins satisfaisant.

En résumé, comme signes fonctionnels et généraux : ictère chronique

avec poussées subaiguës probablement dues à une angiocholite ascendante.

Comme signes physiques, l'examen de la région hépatique montre un foie augmenté de volume, débordant de deux travers de doigt le rebord costal. Mais, de plus, on sent, dans le flanc droit, dépassant la masse hépatique, une tumeur piriforme, mobile, à parois minces, nettement fluctuante, présentant tous les caractères de la vésicule biliaire.

Sauf cette dilatation de la vésicule, les symptômes présentés par le malade, étant donné l'intégrité des fonctions déjectives et l'état général, semblaient plaider en faveur d'une occlusion lithiasique.

C'est le diagnostic qui fut porté.

L'opération de la laparotomie fut pratiquée le 10 mai avec l'amicale assistance de mon collègue et ami, M. Michaux.

Laparotomie latérale. — Ponction de la vésicule biliaire d'où l'on retire $0^{lit},5$ de liquide. Exploration du cholédoque négative.

Il semble que l'on sente vers la terminaison du conduit un point induré ou un calcul.

Drainage Miculickz. Injection de sérum.

Mort le 13, avec 39° de température et des signes de péritonite.

Autopsie. — Signes de péritonite ; un débris d'éponge avait été l'occasion de cette péritonite.

Le *cholédoque* est *dilaté*, énorme, admettant le pouce, et autour de son embouchure et de sa traversée glandulaire, on rencontre, en pleine tête pancréatique, une *tumeur ligneuse*, de la grosseur d'une noisette et comprimant la terminaison du conduit biliaire. Cette tumeur est, sans contredit, la cause de l'ictère chronique.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un rétrécissement de l'embouchure du cholédoque, dû à un travail de sclérose ayant envahi la tête pancréatique et dont on trouvait également des traces dans le foie.

Voici, d'ailleurs, la note remise par M. Weinberg, du laboratoire de M. Brault :

A l'autopsie, on constata que l'obstacle à l'écoulement biliaire était dû à l'oblitération complète de l'ampoule de Vater. Les orifices d'abouchement du canal cholédoque et de celui de Wirsung dans le duodénum sont absolument effacés.

Le canal cholédoque est très élargi ; étalé, il a 4 centimètres de largeur.

Le canal de Wirsung, lui aussi, est très dilaté et présente 1 centimètre de diamètre. Le pancréas est plus gros et plus dur qu'à l'état normal, et, sur une coupe macroscopique, laisse voir, surtout au niveau du duodénum, quelques canaux excréteurs bien dilatés.

Notre maître, M. Brault, a fait l'examen microscopique de l'ampoule de Vater, et il résulte de son analyse que l'oblitération de cet organe

est de nature cicatricielle. L'inflammation chronique de l'ampoule de Vater a eu pour point de départ le canal cholédoque.

Nous avons tiré fort peu de détails de l'examen microscopique du foie. En effet, sur une coupe histologique, le foie se présente comme un morceau de dentelle, on n'y voit que des alvéoles. Cependant, ces alvéoles sont limités par des travées conjonctives qui entourent les lobules hépatiques détruits par la nécrose cadavérique. Dans quelques points rares où les lobules hépatiques restent intacts, on le voit, en effet, entourés d'une zone complète de tissu conjonctif. C'est ici aussi que nous avons pu voir un seul canal biliaire fortement enflammé.

Il s'agit donc ici d'une sclérose du foie, dont il est impossible de déterminer le point de départ.

Nous sommes plus heureux pour l'examen microscopique du pancréas. Il présente deux espèces de lésions : d'une part, la dilatation énorme du canal de Wirsung et de petits canaux excréteurs interlobulaires, et, d'autre part, la sclérose. La dilatation des canaux excréteurs s'arrête presque toujours à la périphérie des lobules pancréatiques, et nous n'apercevons que quelques rares canaux excréteurs intralobulaires qui présentent une dilatation assez marquée.

La sclérose du pancréas est assez prononcée et les larges bandes de tissu fibreux qu'on trouve à la périphérie de lobules pancréatiques envoient des tractus fibreux par places assez épais dans l'intérieur même des lobules pancréatiques. Les cellules pancréatiques ne paraissent pas altérées.

Ajoutons enfin que nous avons pu voir, dans certains points, l'hyperplasie de cellules centro-acineuses qui forment de petits nodules au centre de quelques lobules pancréatiques.

L'examen microscopique de la rate, du rein, du cœur et du poumon, n'a décelé rien de particulier.

Nous n'avons pu trouver dans la littérature médicale un cas semblable de l'oblitération cicatricielle simultanée du canal cholédoque et de celui de Wirsung.

J'ai hâte de clore la liste de ces difficultés de diagnostic et d'arriver à deux cas d'obstruction du cholédoque par des calculs, traités par la cholédocotomie.

Obs. I (rédigée par M. Chabry, interne du service). — L... (Marie), ménagère, 37 ans, a été prise, il y a deux ans, d'une colique hépatique; vomissements, douleurs dans l'hypocondre droit irradiées dans l'épaule droite, *ictère* avec matières décolorées; depuis cette époque, l'*ictère* n'a pas cessé et tous les mois la malade avait une nouvelle colique hépatique avec tous ses symptômes. Depuis trois mois, les coliques deviennent plus fréquentes, une toutes les trois semaines, mais les vomissements ont cessé.

La malade entre dans le service de M. le Dr Talamon et est passée en chirurgie le 28 novembre.

L'ictère est total, la réaction est caractéristique pour les urines, les

selles sont grises, d'odeur fétide. État général satisfaisant; pas de fièvre.

Examen local. — La palpation de la région hépatique montre un foie normal, ne dépassant pas les côtes. On sent, au niveau du bord externe des grands droits, au niveau de la 10e côte, une tumeur dure, à contour limité et arrondi en bas, qui semble être une vésicule biliaire distendue. La palpation n'en est pas douloureuse. L'examen des autres organes ne montre rien de particulier.

Les antécédents de lithiase sont certains ; l'ictère persistant montre qu'il y a rétention complète de la bile par un obstacle (calculs), mais ces calculs sont-ils dans le col de la vésicule biliaire, ce que l'on pourrait croire à cause de la tumeur rénitente qui semble formée par la vésicule, ou bien par le canal cholédoque ?

La laparotomie est pratiquée le 9 décembre. Anesthésie à l'éther, plan légèrement incliné, la tête étant en position déclive, ce qui doit permettre au foie de se placer contre le diaphragme.

Incision latérale sur une ligne parallèle à la ligne blanche et partant du haut du cartilage chondro-costal de la 10e côte, descendant en bas jusqu'à l'ombilic, en suivant, par conséquent, le bord externe et un peu en dehors du muscle droit de l'abdomen.

Cette grande incision doit donner un jour suffisant.

Rien à signaler jusqu'à l'ouverture du péritoine; aucune adhérence.

Le péritoine incisé, on voit un lobe du foie, lobe aberrant se rattachant au lobe carré qui forme la tumeur que l'on sentait par la palpation et qui avait fait croire à une vésicule dilatée.

Ce lobe est relevé par une compresse avec un écarteur.

Alors apparaît le champ opératoire; on voit, à droite et vers le hile, une vésicule biliaire normale, mais rapetissée.

En bas : les anses intestinales qui sont maintenues par une compresse aseptique et l'index de l'aide ; à gauche, la peau de la paroi qui est inclinée au moyen d'un écarteur.

Le fond est formé par le hile du foie avec le feuillet antérieur de l'épiploon gastro-hépatique.

M. le Dr G. Marchant explore ce fond avec le doigt et sent des corps étrangers (calculs) au travers du cholédoque très distendu.

La situation de ce conduit bien délimitée au niveau d'un calcul parfaitement perçu par le toucher, deux soies de soutien sont placées de chaque côté dans le tissu péritonéal ; elles sont destinées à servir de point de repère et à ne pas faire perdre de vue la région où l'on doit intervenir.

Entre ces deux soies relevées et faisant saillir modérément le canal, le bistouri va ouvrir ce dernier sur le corps étranger.

L'incision saigne assez abondamment, mais des éponges empêchent l'écoulement de sang et de bile, du reste, le péritoine est protégé en bas par l'aide ; l'opération se fait en dehors de la grande cavité péritonéale.

L'incision faite, les calculs sont extraits : de volumineux d'abord, puis de plus petits.

M. Marchant se sert ensuite d'une sonde canelée qu'il recourbe presque à angle droit pour explorer le canal cholédoque en bas, du côté du duodénum, il retire dans la rainure de la sonde de nombreux calculs, jusqu'à ce que le chemin soit absolement libre : la même manœuvre est faite en haut et en dehors du côté de la vésicule ; lorsque le cholédoque est complètement désobstrué, la suture est pratiquée.

Des points séparés sont placés transversalement au nombre de 7, puis deux points longitudinaux réunis à ceux du côté opposé recouvrent les premières sutures, absolument comme pour une suture intestinale.

1° Suture muco-muqueuse, puis suture séro-séreuse ; un mikulitz est placé à ce niveau, quoique il n'y ait pas d'écoulement sanguin ni de bile, et la région est fermée (sauf au point où passe le drainage iodoformé) par trois plans de suture séparés : péritoine, muscles et peau.

L'intervention a nécessité une durée de 40 minutes en tout.

Le nombre des calculs retirés est le suivant :

3 gros entiers, gros comme une noisette;

12 entiers, ou morceaux variant d'un pois chiche à un pois ordinaire;

18 gros environ comme des lentilles, les plus petits comme des grains de chenevis.

Il y avait donc 33 calculs dans ce canal cholédoque, ce qui explique sa grande distension.

Pansement le 11 décembre. — Le pansement est taché par un peu de bile ; le drainage n'est pas enlevé.

Le 12, les matières sont colorées, la bile passe dans l'intestin.

Depuis l'intervention, la malade blanchit insensiblement ; les sclérotiques deviennent jaunâtres, puis blanches ; la paume des mains est blanche vers le 7e jour, puis, lorsque la malade sort, il n'y a plus trace d'ictère. Rien dans les urines, les matières colorées, l'état général bon.

La malade sort complètement guérie le 27 janvier.

Obs. II. (Rédigée par M. Herbet, interne de service). — J... (Léon), âgé de 50 ans, entre dans mon service de l'hôpital Tenon le 25 mars 1896. Voici quels sont ses antécédents.

A 30 ans, 1re crise de coliques hépatiques (douleurs dans l'hypochondre droit : irradiations vers l'estomac, l'épaule droite). Durée quatre heures.

A 35 ans, 2e crise, durée plus grande.

A 40 ans, 3e crise, durée quatorze à quinze heures.

A 45 ans, 4e crise.

Puis crises de plus en plus fréquentes, tous les ans, puis deux par ans : a remarqué dès cette époque qu'il avait parfois de l'ictère et que ses selles étaient un peu blanchâtres.

Le 5 *décembre* 1895. — Crise avec vomissements bilieux abondants, ictère. Depuis, crises très fréquentes : ictère persistant.

Actuellement : Ictère intense. Douleurs spontanées au niveau de l'hypochondre droit exagérées par la palpation.

Par la palpation et surtout par le ballottement on sent une masse volumineuse qui descend dans le flanc droit à hauteur de l'ombilic. Cette masse ne donne pas l'impression d'une vésicule remplie de calculs. Les selles ne sont pas décolorées.

Les urines sont très colorées, riches en pigment biliaire, mais ne renferment pas d'albumine.

Température 37°. Pendant les trois dernières semaines il y a eu trois fois des frissons, avec température 39 à 40°.

Opération le 15 avril 1896. — Ether. Incision verticale le long du bord externe du muscle grand droit : on arrive sur le foie et l'on voit que la masse perçue par le ballottement est constituée par une languette dépendant du lobe droit du foie, qui descend en s'amincissant dans le flanc droit, le long de la paroi abdominale.

La vésicule biliaire grosse à peine comme une noix ne contient pas de calculs et semble vide.

L'exploration du cholédoque, difficile à faire en raison de la profondeur de cet organe permet de sentir un calcul que l'on fait remonter vers la vésicule, jusqu'au lieu de réunion des canaux hépatique et cystique. Incision du cholédoque sur le calcul, extraction d'un calcul de la grosseur d'une olive et de deux autres fragments calculeux.

Il s'écoule en même temps un liquide jaune verdâtre qui n'est autre que le pus et qui est recueilli sur des compresses placées à l'avance. Cathéthérisme du canal avec une sonde cannelée. On cherche à suturer les parois du canal, mais à cause de la profondeur de cet organe et de la friabilité des tissus, on est obligé d'y renoncer. On place un drain en caoutchouc entouré de gaze iodoformée.

Suture de la plaie abdominale qui laisse passage au drain. Pansement iodoformé.

Le soir, température 36°,7. Le malade ne se plaint pas.

16 *avril*, T. 37°,3. — Ce matin pendant qu'on le changeait de linge, le malade a ressenti du côté droit une assez vive douleur. La respiration est un peu accélérée : le malade expectore de nombreuses mucosités. On refait le pansement, il est imprégné d'une grande quantité de bile ; pas de ballonnement du ventre. Urines colorées moins abondantes. Urines 500 grammes. Le soir, T. 38°,2.

17 *avril*, T. 38°,3. — Respiration fréquente. Pouls petit. On refait le pansement qui comme la veille est tout impregné de bile. Une piqûre d'éther. Injection intraveineuse de 700 grammes de sérum. Urines, 400 grammes. Vomissement (liquide jaune chocolat).

18 *avril*. T. 36°,4. — Gêne respiratoire encore plus accentuée ; rejette de nombreuses mucosités : quelques vomissements peu abondants. Injection intraveineuse de 500 grammes de sérum. Mort à 6 heures du soir. T. 38°,4.

Autopsie. — On ouvre d'abord la partie inférieure de la cavité abdominale, pas de liquide dans cette cavité. Par la plaie abdominale, apres avoir enlevé le drain, on tombe dans une petite cavité au fond de laquelle se trouve l'ouverture du cholédoque. Cette sorte de cavité se

trouve baignée de liquide jaunâtre dans lequel se voient deux petits ragments calculeux. (Ces deux fragments semblent avec les deux petits fragments enlevés pendant l'opération, provenir d'un calcul de même volume que les deux autres et qui se serait brisé).

Elle est limitée par des adhérences constitués par l'estomac, le duodénum et le grand épiploon. En un seul point profondément ces adhérences manquent et par là le liquide a pu descendre un peu vers le flanc droit où il a provoqué la formation d'adhérences entre le côlon ascendant, la paroi abdominale et une anse d'intestin grêle.

L'ouverture du canal cholédoque a environ 1 centimètre et demi; elle siège au point de jonction des canaux cystique et hépatique : à 2 ou 3 centimètres au-dessous et sur la paroi postérieure du canal se trouve un petit pertuis et à ce niveau on sent un calcul gros comme une olive, qu'on fait remonter et qu'on retire facilement.

Le *foie* est de couleur jaune foncé tirant sur le vert, son lobe droit s'allonge latéralement en une languette qui descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la crète iliaque.

On enlève tout à la fois, le foie, l'estomac, le duodénum et le pancréas. Ces derniers organes sont sains.

La *vésicule* est atrophiée; ses parois sont friables, elle renferme un peu de liquide jaunâtre.

Le *canal hépatique* est libre.

Le *canal cholédoque* admet facilement l'index dans presque toute son étendue, sauf à sa partie tout à fait terminale: sa longueur est de 9 à 10 centimètres. Ses parois sont friables dans sa partie initiale.

L'*intestin* renferme des matières colorées.

La *rate* est normale.

Reins. — Le rein gauche est petit, mais normal; le droit est plus volumineux, un peu congestionné.

Poumons. — Adhérences anciennes aux deux sommets : quelques noyaux crétifiés à ce niveau. Les deux poumons présentent de l'emphysème : à la caupe, mucosités sprumeuses sortant par les orifices des bronches dilatées.

Cœur normal.

Cerveau. — Rien à noter.

Je suis persuadé que la mort dans ce cas particulier est due à une septicémie péritonéale.

Bien que le pus n'ait pas pénétré dans la grande cavité péritonéale, comme le relate très explicitement dans son observation mon interne, M. Herbet, il n'est pas douteux que la traînée de pus au niveau de la paroi abdominale a été l'occasion de cette septicémie :avec un pus très virulent, cette lésion suffit pour expliquer la mort.

Il nous est permis de tirer quelque enseignement de ces faits longuement rapportés.

Le diagnostic des calculs du canal cholédoque peut être très difficile ; l'absence de coliques hépatiques antérieures doit faire douter d'une obstruction lithiasique du cholédoque ; l'existence d'une grosse vésicule biliaire nettement perceptible doit éloigner aussi le clinicien de ce diagnostic puisque, dans la majorité des cas de lithiase cholédoquienne, la vésicule est atrophiée.

Il faudra ne jamais oublier la coexistence possible d'un appendice linguiforme du foie avec les calculs du cholédoque. On évitera ainsi de confondre cette disposition du foie avec une vésicule biliaire distendue qui éloignerait du diagnostic au lieu de le favoriser.

Me rappelant enfin la terminaison fatale chez mon second opéré de cholédocotomie, je pense que, dans les cas où la fièvre antérieure, les frissons répétés, associés à des calculs du cholédoque, permettent de supposer une infection des voies biliaires, il y aura tout avantage à employer la méthode de cholédocotomie en deux temps, qui nous a été proposée par notre collègue, M. Quénu ; en effet, en favorisant dans un premier temps les adhérences par un drainage allant jusqu'au cholédoque, l'incision ultérieure de ce conduit n'exposera plus à l'infection générale ou partielle de la cavité péritonéale.

Rapports.

I. — *Fibrome récidivant d'origine traumatique*, par le Dr Léon Audain (d'Haïti).

Rapport par M. PICQUÉ.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un travail qui vous a été présenté par un ancien interne des hôpitaux de Paris, le Dr Audain (d'Haïti).

L'auteur nous signale l'extrême fréquence, à Port-au-Prince, des fibromes d'origine traumatique. Ils se rencontrent surtout au lobule de l'oreille, bien plus chez les noires que chez les mulâtresses.

M. Pilliet, chef du laboratoire de M. Tillaux, auquel l'auteur a envoyé plusieurs de ces tumeurs, en a fait une étude soignée au point de vue histologique et les a rangées parmi les fibromes purs.

Ils prennent exactement naissance autour du conduit artificiel que l'on fera à travers le lobule de l'oreille pour le passage des anneaux, si en usage dans ce pays, mais cependant le conduit ainsi établi n'affecte pas un rapport constant avec la tumeur. Tantôt, mais plus rarement, il en occupe le centre, tantôt il se rapproche de l'extrémité inférieure ; tantôt enfin, il siège vers la partie la plus élevée de la tumeur.

Ces différences de siège peuvent d'ailleurs facilement s'expliquer par le développement inégal du tissu néoformé au-dessus ou au-dessous, du trajet artificiellement créé dans le lobule de l'oreille.

Leur développement est assez lent. Parfois la tumeur est unilatérale : mais le plus souvent les deux lobes sont pris.

Ses rapports avec le lobule sont les suivants. En général, elle se continue avec le lobule sans ligne de démarcation, mais, dans quelques cas, on observe un sillon circulaire entre lui et la tumeur.

Leur volume varie, depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une grosse noix. Le plus souvent, elle a la forme et les dimensions d'une grosse cerise.

Leur consistance est dure, presque ligneuse. La peau qui les recouvre est amincie et ne glisse que difficilement sur la surface de la tumeur. Ordinairement indolentes, elles ne gênent les malades que par leur situation et leur poids.

L'influence du traumatisme dans leur production paraît évidente. M Audain déclare n'avoir jamais observé ces fibromes qu'après l'infubilisation du lobule.

D'ailleurs, l'auteur a observé des fibromes traumatiques dans d'autres régions, tumeurs dont la production tendrait à prouver une certaine prédisposition de la race nègre à produire du tissu fibreux anormal sous l'influence du traumatisme.

Dans un cas, c'est un fibrome mastoïdien chez un noir qui avait reçu un coup de pied de cheval.

Dans un autre, c'est un jeune négrillon d'environ 12 ans qui portait au pavillon de l'oreille un fibrome volumineux qui s'était développé rapidement à la suite d'un coup de fouet donné un peu trop violemment par un père brutal. M. Audain l'a opéré.

Enfin, c'est une épulis fibreuse encore opérée chez une négresse d'environ 40 ans et développée rapidement à la suite d'un coup de bâton.

Bien que l'influence prochaine du traumatisme ne soit pas dans ces cas aussi évidente que dans les précédents, il m'a paru intéressant de relever les faits contenus dans le travail de notre jeune confrère de Port-au-Prince.

L'influence du traumatisme sur le développement des tissus est une grosse question que je ne me sens pas réellement la force de soulever devant vous à l'occasion de ce rapport. Les controverses auxquelles elle a donné lieu sont, vous le savez, nombreuses.

Bien des auteurs ont signalé le rôle de la contusion dans la production des tumeurs, parmi lesquels Velpeau, Desault, et plus près de nous Virchow et Verneuil.

Mais il faut bien reconnaître que l'influence du traumatisme existe surtout pour le sarcome, et je ne vous rappellerai que la

statistique de Gross qui, sur 144 cas, relève l'influence du traumatisme dans 63 cas. Quant au fibrome, cette origine doit être bien rare puisque, dans le remarquable article de notre collègue, M. Quénu, du *Traité de chirurgie*, la possibilité du fait n'est même pas signalée.

Le fait le plus intéressant qu'il me reste à vous signaler est le suivant :

Les fibromes du lobule de l'oreille, si bénins dans leurs manifestations, leur marche, leur constitution histologique établie par M. Pilliet, dont la compétence n'est pas discutable, récidiveraient avec une facilité extrême. M. Audain en aurait observé maints exemples, et je tiens à vous signaler le plus frappant d'entre tous.

Une jeune femme noire, d'environ 23 ans, vient le consulter pour une tumeur dense mamelonnée qui occupait tout le lobule jusqu'à la conque et qui, d'autre, part avait envahi la région parotidienne.

La forme générale de cette tumeur était arrondie. Son diamètre était environ de celui d'une pièce de 5 francs. Son épaisseur de dehors en dedans de 2 centimètres.

La malade raconta qu'elle avait eu autrefois à l'oreille une petite boule qui pendait au-dessous du lobule (fibrome du lobule de l'oreille) et que c'était à la suite de l'ablation de cette tumenr que la nouvelle s'était produite. Je résolus, dit M. Audain, de lui pratiquer une large opération pour éviter toute récidive. Elle eut lieu le 13 juin 1894. La tumeur ayant été enlevée, un lambeau fut pris sur le cou et rapporté, de façon à reconstituer le lobule et à combler la plaie de la région parotidienne.

Les suites immédiates furent très belles. L'oreille était reconstituée et la malade partait enchantée.

Dix mois après, au moment où je partais pour la France, elle vint me consulter : la tumeur s'était reproduite ; mon lambeau et ma ligne de suture étaient envahis de nouveau.

Nous ne pouvons accepter qu'avec la plus expresse réserve les conclusions que tire de cette observation M. Audain, en faveur de la récidive des fibromes. Cette récidive, invoquée à diverses époques, n'a jamais pu être établie sur des preuves solides. Autrefois Follin avait rejeté ce fait et, plus près de nous, Butlin déclare ne pouvoir accepter le groupe des fibromes malins.

Il est regrettable que M. Audain n'ait pu faire pratiquer l'examen histologique de la tumeur enlevée par lui. Peut-être s'agissait-il d'une transformation du fibrome en sarcome, transformation qu'admet notre collègue, M. Quénu.

Et, dans ce cas particulier, la nature exacte de la première tumeur a-t-elle été établie d'une façon précise ?

M. Audain se propose, à son retour à Port-au-Prince, d'opérer une troisième fois cette négresse. Je l'ai instamment prié d'en-

voyer la pièce à l'examen de M. Pilliet et de nous en communiquer le résultat.

Cet examen histologique pourra peut-être nous fournir un renseignement important sur cette question si intéressante de la récidive des tumeurs fibreuses.

Messieurs, je vous propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur; 2° de déposer son travail dans nos archives.

Discussion.

M. Routier. — Je demande qu'on ne désigne pas sous le nom de fibromes les tumeurs opérées par M. Audain. La description qu'on nous en a donnée et leurs récidives me paraissent les rattacher au groupe des tumeurs chéloïdiennes. J'ajouterai que les résultats de l'intervention sanglante dirigée contre les chéloïdes sont variables : j'ai opéré, il y a quelques années, une jeune blanchisseuse qui portait, au niveau du lobule de chaque oreille, une chéloïde du volume d'une petite noisette. J'ai excisé ces tumeurs, suturé les bords de la plaie, et la malade est guérie et est restée guérie. Par contre, j'ai opéré une autre malade dans des conditions similaires; la récidive fut rapide.

M. Delorme. — Je conseille, avant d'avoir recours à l'intervention sanglante, d'utiliser la compression. Avec la compression, je fais cesser la douleur, et l'augmentation de la tumeur me paraît aussi diminuer.

M. Routier. — Chez la jeune blanchisseuse dont je viens de vous parler, la compression avait été faite par la jeune fille elle-même, pendant de longs mois, avec des « pinces de blanchisseuse ». Cela n'avait produit aucun effet.

M. Monod. — Il me semble que c'est là une tout autre variété de compression que celle préconisée par M. Delorme.

M. Reclus. — Il faut, en effet, bien établir ce que l'on entend par compression. La compression faite à l'aide de bandelettes est absolument illusoire lorsqu'il s'agit de chéloïdes vraies; par contre, j'ai vu, chez une fillette, la cicatrice exubérante d'une brûlure être très notablement améliorée par ce mode de pansement. Quant à la compression énergique ou mieux à la malaxation d'une chéloïde vraie, elle ne m'a rien donné. A un malade que je traitais avec Brissaud, j'ai fait la malaxation de la tumeur avec une tenaille dont les mors étaient recouverts de lamelles de caoutchouc et,

malgré trois séances de ces manœuvres, la tumeur n'en a pas moins continué son évolution.

M. Delorme. — Je conseille la compression faite seulement avec la force manuelle. Le chirurgien saisit la tumeur entre le pouce et l'index et cherche à l'écraser. Il est évident que cette méthode n'est applicable qu'aux chéloïdes peu volumineuses.

M. Michaux. — J'ai observé, lorsque j'étais interne de Gosselin, une femme qui portait au niveau de chaque oreille deux chéloïdes énormes, longues de 8 ou 10 centimètres et larges de 5 ou 6. La peau, intimement confondue avec la tumeur, était plissée sur toute sa surface. Rien ne réussit contre ces tumeurs.

A côté de cas comme celui-là, j'ai rencontré des chéloïdes beaucoup plus petites que j'ai vu améliorer, guérir même par des scarifications, des applications de pointes de feu. Chaque cas a ses indications thérapeutiques.

M. Kirmisson. — Je ne partage pas l'opinion de M. Routier, qui consiste à considérer comme des chéloïdes les tumeurs dont le rapporteur vient de vous parler. Les classiques, indépendamment des chéloïdes, décrivent les tumeurs fibreuses du pavillon de l'oreille et ils font même remarquer la fréquence de ces tumeurs dans la race nègre. J'ai moi-même opéré en 1883, à Saint-Louis, un de ces fibromes sous-cutanés, et j'insiste pour que la confusion de ces tumeurs avec les chéloïdes ne soient point faite.

Quant à savoir comment et pourquoi les fibromes de cette région peuvent récidiver, je dirai que les tumeurs d'origine conjonctive, depuis les sarcomes jusqu'aux fibromes, constituent une série ininterrompue et que ces fibromes du pavillon de l'oreille appartiennent à un stade de transition qui précède celui du fibrome pur bénin.

M. Lucas Championnière. — Les tumeurs dont nous parlons sont-elles des fibromes sous-cutanés ou des chéloïdes ? Pour ma part, je crois que ce sont des chéloïdes.

Les raisons qui feraient penser à l'existence de fibromes sous-cutanés sont : 1° qu'elles ont été observées dans la race nègre ; 2° que, dans les opérations faites, il a été possible d'isoler par dissection une masse fibreuse siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané. Or, je ferai remarquer : 1° que si le fibrome sous-cutané du lobule de l'oreille a été observé chez le nègre, chez le nègre aussi est fréquente la chéloïde ; 2° que si on peut, par dissection, enlever une masse fibreuse siégeant dans le tissu sous-cutané du lobule, cette masse fibreuse peut parfaitement bien être une chéloïde. En effet, le point de départ (toujours cutané de la chéloïde) peut être un point de tissu inodulaire extrêmement minime, succé-

dant à une piqûre insignifiante, à la cicatrisation d'une pustule d'acné passée inaperçue, et ce point de départ infiniment petit peut donner naissance à une masse fibreuse qui, refoulant les éléments du derme, s'enfonce, gagne ses parties profondes et vient s'étaler dans le tissu conjonctif sous-cutané. Là, cette masse fibreuse peut être disséquée et paraître indépendante du derme, qui est cependant son lieu d'origine réel.

J'ai vu des enfants atteints de chéloïdes multiples : les unes siégeaient au niveau des cicatrices du vaccin et étaient typiques ; les autres siégeaient au niveau des lobules et auraient pu être prises pour des fibromes sous-cutanés sans la coexistence des premières.

J'aborde un deuxième point :

L'époque à laquelle se produit la récidive des chéloïdes est fort variable ; elle peut être tardive, mais elle me paraît à peu près fatale.

Chez une de mes opérées, après l'ablation d'une grosse tumeur chéloïdienne, dix-huit mois se passèrent sans récidive.

Chez un enfant, j'eus la guérison pendant quatorze mois.

Chez une jeune fille, où j'avais obtenu en quelques jours, après ablation de deux tumeurs chéloïdiennes des oreilles, une cicatrice parfaite, j'eus des récidives au bout de sept et de neuf mois.

Malgré la fatalité de la récidive, je crois l'intervention sanglante utile. Ces tumeurs, en effet, arrivent à être lassées dans leur développement. Leur évolution devient plus lente au fur et à mesure des récidives, leur développement moins exubérant. L'intervention permet de gagner du temps et le temps arrête les progrès du mal.

J'observe cela chez un jeune homme que j'ai déjà opéré trois fois ; chaque fois la récidive est moins importante — chez une jeune fille opérée déjà une fois — et c'était l'idée de Nélaton qui, en faisant comprimer les chéloïdes, ne s'imaginait pas les guérir, mais espérait arrêter leur développement et gagner du temps.

M. Poirier. — Je crois que les cas dont on nous a parlé sont des cas de chéloïdes. Il faut tenir un grand compte de l'âge des sujets qui présentent ces manifestations.

J'ai opéré un seul cas de chéloïde du lobule chez un enfant de 7 ans. Deux ans après, il avait une nouvelle chéloïde cicatricielle. Je lui donnai du sirop d'iodure de fer et l'envoyai aux bains de mer ; il est aujourd'hui très amélioré.

M. Félizet. — Il faut, pour que les chéloïdes se produisent, une prédisposition individuelle. « N'a pas de chéloïde qui veut. » Mais il faut distinguer deux variétés de chéloïdes : celles des scrofuleux, celles des arthritiques.

Les premières se verront après des piqûres, des abcès, des brûlures, le percement des oreilles, etc. ; ce seront des cicatrices exubérantes fréquentes à la région cervicale, où on pourra les enlever, quitte à réparer par autoplastie la perte de substance.

Les secondes, celles des arthritiques, sont des tumeurs, des néoplasies véritables. Rarement isolée, la chéloïde vraie du lobule de l'oreille s'accompagne d'ordinaire de tumeurs analogues présternales ou dorsales.

Contre ces chéloïdes vraies, j'en suis arrivé à ne rien faire de chirurgical. L'ablation, les scarifications et les cautérisations ne m'ayant donné aucun bon résultat, je me contente d'un traitement ioduré arsenical, uni à la compression.

M. Picqué. — Messieurs, votre discussion vient de porter sur le traitement des chéloïdes. Or, je ne crois pas que les observations de M. Audain se rapportent à des cas de chéloïdes, sans quoi elles seraient d'une banalité excessive. Je m'appuie, pour déclarer que ces tumeurs ne sont point des chéloïdes, sur les examens histologiques faits par un homme compétent, M. Pilliet.

M. Routier. — Mais il n'y a pas de différences histologiques entre un fibrome sous-cutané du lobule et une chéloïde.

M. Félizet. — Si la masse fibreuse est sous-cutanée, ce n'est pas une chéloïde. La chéloïde est une tumeur cutanée, qu'il y ait une piqûre, une plaie quelconque comme point de départ, ou plus souvent une inflammation, une folliculite sébacée.

M. Championnière. — Je répète qu'une masse fibreuse partie d'une glande sébacée peut s'enfoncer, s'étaler, s'isoler sous la peau, et que son point de départ, qui est à la peau, peut être fort difficile à retrouver. Il peut passer inaperçu et faire croire à une tumeur primitivement sous-cutanée.

Ainsi que je vous l'avais annoncé dans la dernière séance, je tiens simplement à soutenir le titre du travail de M. Audain.

Vous trouverez dans le tome VI des *Bulletins de la Société anatomique* (décembre 1892, fasc. n° 31) la communication de M. Pilliet sur les cas de M. Audain.

Le fait est consigné sous le titre de *fibrome auriculaire d'origine inflammatoire*, et la présentation de la pièce n'a soulevé aucune objection. Il s'agissait d'une tumeur « de consistance très dure » et « la peau était absolument normale ».

De plus, M. Pilliet, dans une lettre qu'il m'a écrite à ce sujet, maintient la dénomination de fibrome. Il pense que les fibromes constituent un groupe très voisin des kéloïdes, mais absolument

distinct ; tout en faisant ressortir le point commun à ces deux affections, il faut éviter, selon lui, de les confondre systématiquement.

Les fibromes peuvent, d'ailleurs, d'après cet auteur, être cutanés ou sous-cutanés.

Les conclusions du rapport de M. Picqué sont mises aux voix et adoptées.

II. — *Ankylose angulaire du genou. Résection cunéiforme de l'articulation après section transversale de la rotule. Suture consécutive au fil d'argent des deux fragments de la rotule. Guérison,* par M. J. W. Binaud, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

Rapport par M. PICQUÉ.

Messieurs, il y a quelques mois, M. Binaud, interne des hôpitaux de Paris, aujourd'hui professeur agrégé à Bordeaux, vous a lu une intéressante observation sur laquelle vous m'avez prié de vous présenter un rapport.

En voici tout d'abord le résumé :

Berthe B..., 25 ans, entre à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, le 5 juillet 1892, pour une ankylose du genou gauche.

Excellente santé antérieure. En 1891, au 6ᵉ mois d'une deuxième grossesse, elle fut prise d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

La malade dut rester au lit pendant trois mois; son état ne s'améliora définitivement qu'après l'accouchement qui se fit à terme, malheureusement le genou resta ankylosé et dans une attitude vicieuse.

M. Demons lui proposa une première fois une intervention opératoire qu'elle refusa. Ce n'est qu'au bout de quatre mois qu'elle se décida à entrer à l'hôpital.

A l'examen, on constate que le membre inférieur gauche est dans la rotation externe; la jambe fortement fléchie sur la cuisse, forme avec celle-ci un angle presque droit. Il existe une atrophie d'environ $3^{cm},05$ sur les deux segments du membre.

L'extrémité inférieure du fémur présente une très faible déviation en dedans et l'extrémité supérieure du tibia, a une légère subluxation postérieure.

La rotule domine le sommet de l'angle de flexion. En arrière, les tendons sont fortement rétractés. L'articulation est indolente. Les mouvements spontanés et provoqués sont impossibles.

L'intervention acceptée par la malade, est pratiquée le 12 juillet 1892, par M. Binaud avec l'assistance de M. Demons.

Après les précautions d'usage, M. Binaud pratique une incision en H dans la hanche horizontale, compare exactement la partie moyenne de la rotule mesure $12^{cm},5$ dont les deux branches verticales ont chacune 7 centimètres.

Les deux lambeaux ainsi circonscrits sont relevés comme à l'ordinaire.

A l'aide d'un trait de scie dirigé horizontalement la rotule est divisée transversalement en deux fragments égaux selon le procédé de Wolkmann.

Chaque fragment est détaché au détache tendon de l'os sous jacent auquel il adhère par de nombreux tractus ostéofibreux.

M. Binaud limite alors facilement « l'angle de coin » à l'aide de deux traits de scie presque perpendiculaires aux axes respectifs du fémur et du tibia.

Grâce à deux ou trois coupes correctrices, la rectitude s'obstrue facilement.

Pour obtenir le maintien de la coaptation, notre collègue suture les deux fragments rotuliens à l'aide de deux fils d'argent.

Les parties molles péri-articulaires sont ensuite réunies comme à l'ordinaire.

Pas de drainage. Immobilisation dans une gouttière platrée.

Les suites opératoires ont été très simples et la réunion s'est faite par première intention.

Le 29 août, la consolidation est complète et la malade peut commencer à faire quelques pas dans la salle, en se servant de béquilles.

Avant de quitter l'hôpital, M. Binaud lui fait appliquer une guêtre de cuir bouilli munie à sa partie postérieure d'une tige rigide.

Voici les mensurations notées à sa sortie de l'hôpital (fin septembre).

1° Membre inférieur droit.

Distance de l'Épin. Il ant. sup. au pli articul. du genou	44cm,0
— du pli articul. du genou à pointe de malléol, est......	35 ,3

2° Membre inférieur gauche.

Distance de l'Ép. I. sup. et ant. à hanche horiz. de H.........	42cm,0
— de hanche horiz. de H. à p. de malléol est...........	32 ,0
Raccourcissement............	5 ,5

Membre inférieur droit.

Circonférence du mollet....................	33cm,0
— de la cuisse..................	46 ,0

Membre inférieur gauche.

Circonférence du mollet....................	38cm,0
— de la cuisse................ .	44 ,5

M. Binaud a suivi la malade depuis sa sortie de l'hôpital ; actuellement elle a renoncé à la guêtre, et peut, tout en boitant, fournir une assez longue course sans éprouver de fatigue.

Les derniers renseignements fournis par l'auteur à la date du 2 juin sont les suivants : cette femme marche admirablement sans fatigue pendant plusieurs heures et peut fournir de longues courses. Le genou

opéré à conservé sa forme et les deux membres inférieurs présentent le même volume : la soudure du fémur et du tibia est parfaite.

Les dernières mensurations (février 1894) avaient été les suivantes : circonférences du mollet gauche 39 centimètres, circonférence de la cuisse 46 centimètres.

Messieurs, l'observation précédente représente un cas de résection du genou pour ankylose, favorable au point de vue opératoire et orthopédique, et nous ne pouvons que féliciter notre jeune confrère de Bordeaux du résultat qu'il a obtenu.

Je ne retiendrai donc pas longtemps votre attention sur ce cas, que je ne vous ai signalé qu'en raison du mode de suture employé.

En effet, l'auteur a conservé la rotule après l'avoir sciée, selon le procédé de Wolkmann, et, au lieu de placer ses fils sur les épiphyses mêmes, il s'est contenté de placer deux sutures perdues sur les fragments rotuliens. Le résultat, dans ce cas, a été excellent.

Messieurs, je vous propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur ; 2° de déposer son observation dans nos Archives.

Discussion.

M. Félizet. — Je demande pourquoi on vient présenter à la Société de chirurgie des observations semblables à celle-ci ; elle n'a rien d'original et ne nous présente qu'un fait d'observation vulgaire.

M. Monod. — La tribune de la Société de chirurgie est ouverte à tous nos confrères, grâce à l'intermédiaire d'un rapporteur. Je ne vois pas qu'il soit mauvais que des faits même courants nous soient produits.

M. Picqué. — M. Félizet me permettra d'avoir à ce sujet une opinion toute différente. Je crois que le devoir de la Société est de favoriser les jeunes, surtout quand il s'agit de jeunes aussi distingués qu'est M. Bineau, ancien premier interne des hôpitaux de Paris, aujourd'hui professeur à Bordeaux. Il s'agit d'un beau succès de résection du genou qu'il a obtenu étant encore chef de clinique. Quand il sera plus ancien dans la pratique, nous pourrons exiger de lui davantage, et il est probable qu'il nous enverra alors de beaux travaux. Je ferai également remarquer que mon rapport n'a retenu que deux ou trois minutes l'attention de nos collègues.

Les conclusions du rapport de M. Picqué, qui sont d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son mémoire dans les Archives, sont adoptées.

M. Pereire lit une note sur l'emploi des rayons Röntgen pour reconnaître l'existence de corps étrangers dans la main.

Présentation de malades.

Ankylose consécutive à l'arthrite blennorrhagique aiguë.

M. Delorme. — Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter m'offrira l'occasion de faire quelques remarques et surtout de provoquer vos observations sur deux points de l'histoire de l'arthrite blennorrhagique aiguë : sur le degré de fréquence de l'ankylose consécutive et son degré de résistance à la réduction.

Il s'agit d'un jeune soldat de 22 ans atteint en octobre 1895, avant son incorporation, d'une arthrite blenorragique aiguë. Le chirurgien qui le soigna immobilisa le membre dans l'extension et provoqua l'ankylose de parti pris. Je vis ce malade un peu plus de quatre mois après le début de l'affection; il désirait vivement récupérer la mobilité de son articulation. Après m'être bien assuré que les extenseurs réagissaient encore sous le courant électrique, je mobilisai l'articulation jusqu'à l'angle droit, la première séance. L'étendue, la mutiplicité des craquements provoqués et le degré de force déployée m'indiqua que j'avais affaire à une ankylose fibreuse très serrée. Après plus de quatre mois de traitement et quinze séances douloureuses et espacées de mobilisation combinées avec des séances d'électrisation, j'ai obtenu un résultat fonctionnel excellent : le rétablissement complet des mouvements de l'articulation. Les craquements articulaires qu'on perçoit pendant la flexion témoignent des altérations chroniques de la synoviale.

Ce n'est pas la première fois que j'observe ce résultat à la suite des arthrites blenorrhagiques aiguës. L'année dernière, après de nombreuses séances de mobilisation, j'obtins la réduction d'une ankylose du poignet en extension chez un malade atteint près de huit mois auparavant, d'une arthrite blenorrhagique aiguë. Par contre, j'ai été moins heureux chez un malade chez lequel le coude avait été ankylosé. Chez lui, je n'ai gagné que quelques degrés de flexion.

Me basant sur ces faits, je serais tenté de penser qu'il n'y a pas lieu de désespérer autant qu'on le fait de ces ankyloses consécutives à des arthrites *aiguës* blennorrhagiques traitées par l'immobilisation, et, qu'en particulier, pour le genou, il y a lieu de chercher à mobiliser l'arthrite après cessation des douleurs, quand les extenseurs réagissent sous le courant électrique et qu'on n'a pas à craindre une action non compensée des fléchisseurs pouvant

entraîner une déviation angulaire consécutive. Je désirerais savoir votre opinion sur la fréquence de ces ankyloses dans les cas d'arthrite aiguë que les classiques regardent comme très habituelle et sur les résultats que vous a donnés la mobilisation de l'articulation.

Discussion.

M. Félizet. — Les raideurs consécutives aux arthrites blennorrhagiques sont surtout dues, d'après les classiques, à de la périarthrite.

M. Monod. — Je ne suis pas de l'avis de M. Félizet. Les classiques, Gosselin entre autres, ont décrit sous le nom d'arthrite plastique ankylosante les lésions de l'arthrite blennorrhagique qui conduisent à la raideur articulaire.

M. Lucas-Championnière. — Le malade que nous présente M. Delorme nous offre un beau résultat de la mobilisation d'articulation enraidie à la suite d'arthrite blennorrhagique. Ce résultat est rare ; j'ai généralement échoué lorsque j'ai essayé, en pareil cas, de rétablir le mouvement.

M. Kirmisson. — Moi aussi, j'ai échoué dans la majorité des cas semblables. On se trouve en présence d'une difficulté considérable; la mobilisation provoque des poussées d'arthrite, et plus vous mobilisez, plus l'articulation s'ankylose.
Je demanderai à M. Delorme s'il a attendu, pour commencer la mobilisation, que l'articulation fût indolente, ce qui me parait être un principe de premier ordre.

M. Michaux. — Nous obtenons aujourd'hui de meilleurs résultats qu'autrefois dans les arthrites blennorrhagiques. Ces articulations enflammées, bien immobilisées ou ouvertes et lavées, n'arrivent plus à l'ankylose. On mobilise les articulations lorsque la souffrance a disparu.

M. Monod. — Je partage l'opinion de M. Michaux et je constate que nos résultats actuels sont bons. Après une immobilisation prolongée, j'ai obtenu dans un cas le retour du mouvement par des mouvements communiqués et, dans trois autres cas d'arthrite, du genou, du coude et du poignet, cas pour lesquels j'avais eu recours à l'arthrotomie, la récupération des fonctions de la jointure a été excellente.

M. Delorme. — Je suis heureux d'avoir provoqué ces observations de la part de mes collègues. Je ne crois pas, comme M. Félizet, que

ces cas de rétablissement absolu des mouvements après les ankyloses consécutives aux arthrites blennorrhagiques aiguës soient habituelles, et je ferai remarquer que les classiques considèrent encore ces raideurs comme presque fatales. Je ne puis penser avec lui qu'il s'agisse dans ces cas de périarthrite et, sans chercher d'autres preuves, je rappellerai que, l'année dernière, j'ai arthrotomisé un genou atteint d'arthrite blennorrhagique aiguë. La cynoviale rouge était épaissie de 1 centimètre environ. A M. Kirmisson et à M. L.-Championnière, je répondrai que je n'ai commencé les mouvements qu'après disparition des douleurs et qu'il eût été impossible, en abandonnant le malade à lui-même, d'obtenir la mobilité de l'articulation. L'étendue et la multiplicité des craquements, encore une fois, indiquaient une ankylose serrée et quand, dans l'intervalle des séances, j'abandonnais le malade à lui-même, il s'arrêtait aux moindres douleurs provoquées, c'est-à-dire qu'il ne dépassait pas la limite acquise.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

QUÉNU.

Seance du 10 juin 1896.

Présidence de M. CH. MONOD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° M. LAFOURCADE envoie une série de mémoires manuscrits ou imprimés à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

Suite de la discussion sur les chéloïdes de l'oreille.

M. E. KIRMISSON. — Messieurs, je vous demande la permission de vous communiquer avec quelques détails l'observation de fibrome du pavillon de l'oreille à laquelle j'ai fait allusion à la dernière séance. Elle est relative à un jeune homme de 16 ans, entré

dans mon service à l'hôpital Saint-Louis en 1883, alors que j'étais chargé du remplacement de M. Le Dentu.

Il présentait à la partie antérieure et supérieure du pavillon de l'oreille gauche un fibrome, coiffant à la manière d'une crête de coq le pavillon de l'oreille, ainsi que vous pouvez vous en rendre compte sur le dessin ci-joint. Un an auparavant, ce jeune homme était tombé sur l'oreille gauche ; il s'était fait une petite plaie qui avait saigné abondamment et s'était bientôt cicatrisée. Consécutivement, il s'est développé, au point même où siégeait la plaie, une tumeur, qui a augmenté progressivement de volume, sans causer de douleurs, et qui offre actuellement les dimensions d'une grosse amande. Elle est à cheval sur la partie antérieure et supérieure du pavillon de l'oreille, presque située dans le pli auriculo-temporal. Son apparence est rosée, sa consistance dure, fibreuse, elle est très mobile sur la peau et sur les tissus sous-jacents. Elle est un peu bosselée, présentant des saillies et des dépressions.

Le 17 mai 1883, nous pratiquâmes l'extirpation de cette petite tumeur, sans rencontrer la moindre difficulté. L'opération nous permit de nous assurer qu'il n'y avait aucune adhérence, soit à la peau, soit au cartilage sous-jacent. L'examen de la petite tumeur extirpée nous a démontré qu'elle était constituée presque tout entière par du tissu conjonctif à l'état adulte ; cependant, çà et là, entre les faisceaux conjonctifs, se voient quelques groupes de cellules embryonnaires.

Cette observation est intéressante en ce qu'elle montre, comme le faisait observer dans la dernière séance M. Lucas-Championnière, l'importance du traumatisme dans le développement de ces tumeurs. A ce point de vue, on peut donc dire qu'elle présente la plus grande analogie avec les chéloïdes véritables, mais les caractères cliniques sont différents dans les deux cas ; dans la chéloïde, en effet, la peau est rouge, épaissie, la tumeur fait corps avec elle ; le fibrome, au contraire, est recouvert d'une enveloppe de peau saine et non adhérente. Quelles que soient donc les analogies au point de vue de la composition anatomique et de la pathogénie, je pense qu'il faut décrire à part les chéloïdes et les fibromes du pavillon de l'oreille.

M. Quénu. — Il s'est élevé, à propos du rapport de M. Picqué sur les fibromes récidivants de l'oreille, une discussion portant sur trois points :

1° Sur la nature des productions opérées par M. Audain et leurs rapports avec les chéloïdes ;

2° Sur la nature des chéloïdes en général ;

3° Sur le traitement des chéloïdes.

Les deux premiers points sont connexes ; la plupart de mes collègues, Routier, Championnière, ont, contrairement à l'avis de MM. Picqué et Kirmisson, soutenu que les tumeurs opérées par

M. Audain étaient des chéloïdes. M. Picqué répond en se couvrant de l'autorité de M. Pilliet, qui donne l'étiquette fibrome aux productions qu'il a examinées.

Depuis Alibert, la structure fibreuse, je dirai même fibromateuse de certaines chéloïdes est un fait acquis. Lisez les descriptions histologiques de Cornil et Ranvier, de Duhring, etc., vous trouverez à chaque instant l'épithète fibrome de la peau appliquée aux chéloïdes Parfois, l'existence de foyers embryonnaires a fait conclure les histologistes à la nature sarcomateuse.

Je crois, pour ma part, que la plupart des histologistes se trompent, non dans la description qu'ils donnent, mais dans leur interprétation. La structure histologique est insuffisante pour permettre de classer une production dans les néoplasmes ou en dehors d'eux. Fibromatoïdes sont certains tubercules anciens du testicule et de l'ovaire ; d'apparence fibromateuse sont certains nodules développés autour de foyers microbiens ou autour d'un corps étranger. Ira-t-on confondre ces lésions inflammatoires avec les néoplasmes? Il faut, avant tout, considérer l'étiologie et l'évolution. Quels sarcomes singuliers seraient ces chéloïdes qui guérissent parfois sous l'influence des scarifications ou d'irritations diverses! Faut-il, d'autre part, envisager à part, comme l'a fait M. Félizet, des chéloïdes fausses chez les strumeux et des chéloïdes vraies chez les arthritiques, ces dernières étant seules et vraiment néoplasiques? Je ne le crois pas ; tous les anatomopathologistes s'accordent à considérer la même structure aux deux productions. Quant à moi, je ne saurai voir dans les chéloïdes autre chose que des lésions de nutrition, de véritables troubles trophiques, engendrés par un état spécial du système nerveux central, ce qui explique leur plus grande fréquence chez certaines races, chez certains individus d'une même race : je rappelle que Lancereaux rapprochait les chéloïdes de la sclérodermie, attribuant aux deux maladies une égale pathogénie nerveuse.

Je crois utile encore d'insister sur un point de la structure des chéloïdes, à savoir leur vascularisation. Duhring a remarqué que les bandes fibreuses se développent de préférence le long et autour des vaisseaux ; mais Cornil et Ranvier surtout ont insisté sur le développement des veines qui sont dilatées, formant parfois de vastes sinus irréguliers. De son côté, Brocq avait cliniquement constaté cette vascularisation et noté l'érectilité des chéloïdes.

J'arrive au troisième point, au traitement.

Tous les chirurgiens ont fait l'expérience du peu de valeur thérapeutique de l'extirpation des chéloïdes ; tous ont eu des récidives. Une clinique de M. Richet, faite en 1879 à l'Hôtel-Dieu, que j'ai retrouvée dans mes notes, citait un malade chez lequel la

récidive eut lieu cinq fois après l'opération. Chez ce malade, observé à la Pitié, la moindre écorchure devenait chéloïdienne; aussi, après la cinquième récidive, Richet conseilla-t-il de s'en tenir à l'emplâtre de Vigo et aux plaques comprimantes.

Vidal avait surtout institué le traitement par des scarifications et l'emplâtre de Vigo.

D'autres, et je suis de ce nombre, ont eu recours à l'électrolyse; ma première observation date de novembre 1889; j'ai retrouvé, pour les chéloïdes de l'oreille, deux observations, l'une de 1889 et l'autre, plus récente, de 1895.

Dans la première, il s'agissait de petites chéloïdes développées au niveau du lobule de l'oreille, bilatéralement, chez une enfant de 8 ans, à la suite de la perforation des lobules. Ces petites tumeurs circonscrites avaient, l'une le volume d'un gros pois, l'autre le volume d'un grain de chenevis. Deux séances d'électrolyse suffirent à les faire disparaître sans retour. Ceci est un exemple de chéloïde circonscrite, mais voici un exemple plus intéressant de chéloïde très étendue, diffuse, du pavillon de l'oreille, chez un garçon de 12 à 13 ans. Cette chéloïde avait succédé à une petite plaie de l'hélix ; elle fut opérée par mon collègue Jalaguier, mais ne tarda pas à récidiver.

Quand j'observai l'enfant pour la première fois, en juin 1895, je trouvai tout le bord du pavillon, depuis l'hélix jusqu'au lobule, transformé en un tissu tubéreux, dur, violacé par places : les tubérosités empiétaient largement sur la face interne du pavillon et défiguraient absolument le malade.

Je fis une première séance d'électrolyse en juillet, puis recommençai en octobre, novembre, etc., jusqu'à mai dernier. Je fis ainsi une douzaine de séances à quinze ou vingt jours d'intervalle chaque.

Aujourd'hui, toutes les saillies tubéreuses ont guéri et l'oreille a repris sa forme normale ; la guérison peut être considérée comme acquise. Voici comment j'ai procédé dans chaque séance : après une injection de cocaïne à 1 0/0 dans la zone à électrolyser, j'enfonçais de fines aiguilles dans les points les plus saillants, utilisant des courants de 15 à 20 milliampères ; après deux ou trois minutes, je changeais mes aiguilles de place. De petites eschares se formaient autour des aiguilles négatives surtout (je n'ai employé que l'électrolyse bipôlaire); une séance durait ainsi dix minutes et comprenait une dizaine de piqûres. Un peu de gaze iodo-collodionnée me servait de tout pansement.

Les résultats que j'ai obtenus me paraissent devoir encourager ces tentatives, en regard surtout du pronostic désespérant donné par l'œuvre sanglante. Resterait une dernière question : comment

agit l'électrolyse? Si je rapproche les résultats thérapeutiques obtenus, d'une part de la structure vasculaire des chéloïdes, d'autre part des résultats donnés par l'électrolyse dans le traitement des angiômes, j'incline à penser que ce moyen de traitement modifie la nutrition des cicatrices en s'adressant directement aux vaisseaux et en les thrombosant; il est même probable que les autres moyens thérapeutiques, tels que la compression, les scarifications, etc., qui ont donné quelques bons résultats, agissent par un mécanisme analogue en modifiant, en amoindrissant la vascularisation des chéloïdes et, par suite, l'exubérance du tissu conjonctif qui les constitue.

M. Berger. — Il existe au pavillon de l'oreille deux ordres de tumeurs, des fibromes et des chéloïdes : les fibromes sont sous-cutanés et non cutanés, situés dans l'épaisseur du lobule de l'oreille et parfaitement circonscrits. Les chéloïdes ont une étiologie spéciale, elles se développent chez les sujets jeunes et lymphatiques, elles sont superficielles, diffuses, légèrement douloureuses, offrant les caractères de l'inflammation, variables dans leurs dimensions et leur aspect suivant les moments; quant au traitement, j'avoue que je suis arrivé à considérer tous les moyens préconisés comme ayant une valeur minime. L'électrolyse est longue, nécessite des séances multiples, douloureuses; si on emploie la congélation comme moyen anesthésique, on peut observer une aggravation de la production chéloïdienne par gelure des téguments. Très découragé, je suis arrivé à m'abstenir, à attendre, me bornant aux moyens émollients, à l'application de cataplasmes bouillis pendant la nuit, je n'ai pas obtenu de cet essai de disparition complète, mais une véritable amélioration des chéloïdes par cette thérapeutique.

M. Routier. — Les chéloïdes de l'oreille sont différentes des chéloïdes du reste du corps, elles ont l'aspect de petits fibromes circonscrits, leur identité de nature avec les autres chéloïdes ne ressort pas moins de leur étiologie et de leur évolution.

M. Tuffier. — Je crois qu'au niveau du lobule de l'oreille sont applicables des procédés thérapeutiques particuliers, tels que l'électrolyse, qui ne conviendrait pas pour les chéloïdes diffuses.

M. Quénu. — La longueur du traitement électrolytique n'a pas grande importance, étant donné l'impuissance des autres moyens contre cette affection. Il est permis d'espacer les séances de quinze et vingt jours, et, contrairement à M. Berger, je crois qu'il y a tout avantage à cette pratique, l'observation ayant montré que les effets produits sont souvent à longue portée; quant à l'objection de la

douleur, elle est combattue par la possibilité de pratiquer, comme je l'ai fait, de petites injections de cocaïne aux points d'introduction des aiguilles. Contrairement à MM. Berger et Tuffier, je pense que l'électrolyse est indiquée pour les chéloïdes diffuses comme pour les circonscrites ; l'observation de guérison. que j'ai citée, avait précisément trait à une chéloïde diffuse encadrant tout le bord du pavillon de l'oreille et s'étendant à sa face interne.

M. Berger. — Je ne suis pas l'adversaire absolu de l'électrolyse, je veux seulement dire que c'est un traitement très long, mais je crois bon de rapprocher les séances.

M. Championnière. — Je suis de l'avis de M. Quénu quant à la nécessité de séparer les chéloïdes des vrais néoplasmes, et je ne crois pas qu'on puisse différencier les chéloïdes circonscrites des autres, alors que j'ai observé leur coïncidence chez le même sujet. Quant au traitement, mon opinion est qu'aucun procédé n'est fidèle, la plupart ont donné des succès, tels la compression, la scarification, et même l'extirpation ; avec des extirpations successives, on arrive, en effet, à un moment où les chéloïdes s'arrêtent, et ceci montre bien, ainsi que l'a dit M. Quénu, leur nature spéciale et différente de celle des néoplasmes; il faut avoir soin de rechercher une bonne réunion, tout sujet qui produit normalement du tissu de cicatrice aggrave les chéloïdes; voilà pourquoi il faut rejeter absolument l'emploi des caustiques. J'ai observé une chéloïde chez un sujet que M. Rendu considérait comme atteint de myxœdème, ce malade semble avoir été amélioré par l'emploi du suc thyroïdien.

M. Kirmisson. — De cette discussion, il résulte qu'on doit, dans le lobule, décrire deux sortes de production des chéloïdes et des tumeurs fibreuses différentes des chéloïdes par leur siège sous-cutané, leur défaut d'adhérence à la peau et leur non-vascularisation.

M. Quénu. — Ces caractères sont insuffisants, car la chéloïde au lobule de l'oreille affecte une allure et un aspect particuliers, elle est circonscrite au lobule, diffuse ailleurs ; elle reste identique à elle-même dans les deux cas ; cela ne m'empêche pas d'admettre avec M. Kirmisson la réalité des fibromes et des sarcomes au pavillon de l'oreille.

Lecture.

M. Guinard fait une communication sur l'appendicite (rapporteur, M. Routier).

Présentation de malade.

M. Reclus présente un malade auquel il a fait une greffe de Thiersch après une extirpation d'épithélioma de la face.

M. Michaux insiste, après M. Reclus, sur les avantages de ces greffes à la face, comme après l'ablation de tumeurs du sein étendues.

Présentation de pièces.

Perforation intestinale par compression due à un fibrome utérin.

M. Routier. — La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société est un segment d'iléon qui présente une plaque de sphacèle et une perforation due à la compression exercée par un fibrome utérin entier.

Une femme de 49 ans me fut envoyée à 5 heures du soir à l'hôpital Necker pour de l'occlusion intestinale. Elle était dans cet état depuis huit jours et avait, quand je l'examinai, des vomissements féealoïdes.

L'abdomen était énorme, du fait d'une grosse tumeur fibreuse, remontant haut au-dessus de l'ombilic, et aussi du fait du météorisme.

Il n'y avait pas de gaz depuis cinq ou six jours, et l'urine était fort rare depuis la veille.

Le pouls était petit, misérable, rapide, 120 ; la langue sèche, cornée.

Néanmoins, je pratiquai la laparotomie dès le soir à 8 heures ; je fis une hystérectomie totale ; le tout dura vingt-six minutes.

Au cours de l'opération, j'étais assez mal éclairé, parce qu'il était arrivé un accident à la lampe phare qui nous éclaire.

Je crus voir sur une anse grêle qui descendait dans le petit bassin, une plaque jaune.

L'utérus enlevé, je recherehai la plaque jaune ; je ne la trouvai plus et je refermai.

L'état était si précaire, — elle avait rendu sous le chloroforme deux cuvettes de matières fécaloïdes, — que je crus devoir, pour la relever, faire pratiquer une injection intra-veineuse de 500 grammes.

Le lendemain matin, elle était en très bon état, et je fis renouveler l'injection.

Le troisième jour, la partie paraissait gagnée, la langue était humide, le pouls était à 90.

Le soir, elle eut un peu de dyspnée et il fut facile de constater que tout son poumon gauche était très congestionné. J'accusais les injections.

Elle est morte le soir du cinquième jour, sans aucun symptôme abdominal.

L'autopsie nous a montré que tout le poumon gauche était hépatisé; mais, avec cela, une perforation intestinale que je vous montre, sur le

dernier segment de l'iléon, certainement au point où cet intestin, plongeant dans le petit bassin, avait été comprimé par le fibrome contre l'arête du détroit supérieur.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
QUÉNU.

Séance du 17 juin 1896.

Présidence de M. CH. MONOD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de remerciements de M. HENNEQUIN, nommé membre titulaire.

3° Des lettres de MM. GUINARD et POTHERAT qui posent leurs candidatures à la place de membre titulaire.

Suite de la discussion sur la cholédocotomie.

M. A. RICARD. — Malgré les travaux déjà nombreux qu'a suscités la chirurgie des voies biliaires, les interventions pratiquées sur le canal cholédoque sont encore des plus rares, et il est actuellement utile de recueillir les observations isolées pour en tirer quelques renseignements.

C'est à ce titre que je publie l'observation suivante :

M. H..., âgé d'une cinquantaine d'années, était atteint, depuis plusieurs années, de lithiase biliaire ayant occasionné des crises hépatiques avec ictère fugace, et ayant nécessité plusieurs saisons à Carlsbad.

Ces crises, bien que répétées, avaient toujours été passagères, lorsque, à la fin de l'année dernière, elles se rapprochèrent, devinrent de plus longue durée, et finalement l'ictère s'établit d'une façon chronique en s'intensifiant de jour en jour. Les selles étaient décolorées d'une façon absolue. L'amaigrissement fit de rapides progrès, l'inappétence devint complète ; de fréquents frissons survinrent et le malade était dans un état déjà sérieux, lorsqu'il consulta M. Hanot, dont la compétence au sujet des affections hépatiques est si universellement reconnue.

Son diagnostic, basé sur les antécédents nettement lithiasiques, sur l'examen méthodique et attentif du foie, fut : obstruction du canal cholédoque par des calculs biliaires. Il admit l'intégrité organique du foie et posa l'indication d'une intervention chirurgicale. Cette intervention fut différée de plusieurs semaines, et lorsque le malade fut présenté à mon examen, l'émaciation était devenue extrême. Le foie était plutôt petit, mais de forme normale ; la teinte ictérique avait atteint le vert sombre ; la fièvre était constante le soir et, dans la journée, le malade accusait de fréquents frissons.

Je l'opérai en février dernier, chez les Frères de la rue Oudinot. Voici quelques détails opératoires :

Je fis d'abord une incision médiane exploratrice, de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, le foie étant relevé par un aide. Je trouvai la partie moyenne de sa face inférieure cachée par des adhérences serrées, ne me permettant pas de voir la vésicule, premier point de repère qu'il est indispensable de reconnaître. Aussi je fis immédiatement une incision complémentaire, parallèle aux rebords des fausses côtes, longue de 12 à 15 centimètres, grâce à laquelle j'ouvris largement la région sous-hépatique.

Ce ne fut pas sans peine que je trouvai la vésicule ; très petite, ratatinée sur trois calculs et perdue dans les adhérences au milieu desquelles je dus la sculpter. La vésicule incisée, je pus extraire facilement les calculs qui présentaient environ, chacun, le volume d'une noisette. Le cathétérisme ne permit pas d'introduire une sonde dans le canal cystique et ne put favoriser la découverte du cholédoque.

Je procédai alors à sa recherche en continuant la dissection de la vésicule, parvenant ainsi au canal cystique. Dès qu'il fut découvert et isolé, je le fis tendre à l'aide de tractions exercées sur la vésicule, et je pus ainsi descendre sur le cholédoque. Il est inutile de dire que, du fait des adhérences, l'hiatus de Winslow, point de repère précieux, n'existait plus et était complètement oblitéré.

Je ne tardai pas à découvrir, au bas du cholédoque, une partie dure, ovoïde, oblongue et mobile. C'était un calcul. Je pus le faire remonter jusqu'au canal cystique, et là, le maintenant sur le doigt, j'incisai directement le canal cystique : le calcul s'échappa facilement. Un nouveau cathétérisme me démontra qu'il existait plus profondément un obstacle que la sonde ne pouvait franchir.

Je prolongeai ma dissection et arrivai ainsi sur la tête du pancréas et je pus trouver là plusieurs calculs, petits, polyédriques, du volume d'une grosse plume de corbeau ; je pus les faire remonter et

sortir par mon incision cystique, enfin, un dernier calcul (il y en avait 4) put être extrait facilement, son bout effilé me fit espérer que c'était le dernier. En effet, après son extraction, la sonde pénétra directement dans le cholédoque.

L'intervention était terminée dans son acte essentiel. Je procédai à l'occlusion de mes deux incisions à l'aide de fins fils de soie.

L'opération avait été si régulière et si simple, que j'eus un moment l'intention de refermer complètement le ventre, sans drainage. Mais la lecture des observations démontrant que presque toujours une fistule biliaire s'établissait quelques jours après l'intervention, je drainai à l'aide d'une mèche de gaz iodoformée, au-dessus de laquelle je plaçai deux gros drains en canon de fusil, que je fixai à la paroi.

La suture fut terminée et le pansement achevé.

Les suites immédiates furent parfaites : quelques douleurs facilement calmées par la morphine, pas de température. Le quatrième jour, une selle absolument décolorée ; un léger purgatif, donné le lendemain, amena des selles diarrhéiques légèrement colorées.

Le huitième jour, je retirai les fils de suture et la mèche iodoformée, les drains restant en place.

Le dixième jour, le pansement est inondé de bile, les selles se décolorent à nouveau et, dans le pansement, pendant les jours qui suivirent, au milieu d'une bile brunâtre et contenant des filaments muqueux noirâtres, on trouva plusieurs calculs biliaires du volume d'un gros grain de chenevis. Cette issue de calculs se renouvela pendant plusieurs jours.

Sans vouloir insister, nous dirons que l'écoulement de bile diminua peu à peu, que la décoloration des téguments se fit progressivement, que l'appétit et les forces revinrent et qu'enfin, un mois après, la fistule était tarie. La décoloration de l'urine et des téguments se fit progressivement, mais n'était pas complète à la fin du premier mois, ce qu'explique l'imprégnation profonde de tous les tissus par la bile.

Au bout de six semaines, le malade avait repris ses occupations. Depuis, sa santé est aussi parfaite que possible et nul trouble n'est survenu dans la région hépatique.

Cette intervention, suivie de succès, peut suggérer des considérations diverses :

1° Mes collègues ont déjà insisté sur la difficulté du diagnostic ; on doit poser en principe qu'il est indispensable, pour l'établir, de recourir aux lumières médicales les plus compétentes, sans quoi on s'exposerait à des interventions souvent inutiles, c'est-à-dire nuisibles ;

2° Quant au mode opératoire, je me déclare partisan absolu de l'incision médiane, qui est la voie exploratrice par excellence, et qui mène plus directement sur le cholédoque que l'incision latérale. Il est d'ailleurs loisible au chirurgien d'agrandir son incision dans le sens qu'il jugera utile ;

3° L'observation ci-jointe confirme le fait déjà connu que, dans le cas de lithiase du cholédoque, la vésicule est atrophiée et ratatinée : elle montre de plus que la vésicule est un point de repère utile pour découvrir le cholédoque, sur lequel la dureté du calcul constitue un deuxième point de repère de la plus haute valeur;

4° Enfin l'incision du canal cystique, plus accessible, moins profond, doit être tentée toutes les fois que le calcul est reconnu mobile. C'est ainsi que, sans la crainte de créer un mot nouveau et de faire croire à une méthode nouvelle, mon observation pourrait plus justement s'intituler : cysticotomie que cholédocotomie.

En terminant, j'insisterai sur la nécessité d'un drainage, même dans les cas les plus simples et les plus régulièrement menés. Faute de cette précaution, on s'expose à une inondation biliaire du péritoine avec ses conséquences. Dans le cas relaté plus haut, l'issue ultérieure de calculs fait voir que cette fistule biliaire a été heureuse, dans l'espèce, puisqu'elle a pu permettre l'évacuation de calculs situés plus haut et qui auraient pu s'engager ultérieurement dans le cholédoque et produire une nouvelle rétention.

On pourrait même se demander si, en présence de ce fait, il ne vaudrait pas mieux renoncer à toute suture et laisser béante l'incision du cholédoque. Mais il y a une objection qui suffit pour faire rejeter cette méthode. C'est que la suture protège le péritoine d'une inondation biliaire immédiate, alors que le péritoine n'est pas suffisamment garanti. La suture donne aux adhérences le temps de s'établir, elle est donc indispensable, comme le drainage auquel un chirurgien prudent doit toujours avoir recours.

Communication.

Sciatique fémoro-fessière d'origine variqueuse traitée avec succès par la dénudation et la dissociation du nerf,

Par le Dr H. DELAGÉNIÈRE (du Mans).

Au sixième Congrès de chirurgie, notre maître, M. Quénu, a attiré l'attention des chirurgiens sur des cas de sciatiques rebelles fémoro-fessières occasionnées par des varices des veines qui sortent du sciatique.

La conséquence logique de cette conception était donc de chercher à réséquer les veines variqueuses dans le but d'amener la guérison de cette variété de sciatique.

C'est ce que fit M. Quénu dans trois cas dont les observations

furent rapportées par lui dans le mémoire sus-mentionné. Le résul. tat thérapeutique fût des plus satisfaisants.

J'eus l'occasion, il y a un an, d'observer un cas de sciatique fémoro-fessière rebelle pour lequel tous les traitements avaient échoué. Il s'agissait d'une variqueuse, j'espérais, en conséquence, trouver les dilatations variqueuses péri-nerveuses analogues à celles des malades de M. Quénu; mais lorsque le nerf sciatique fût découvert je ne trouvai aucune varice, même sur le bord interne du nerf. Le tronc du nerf cependant était sillonné de petits vaisseaux serpigineux très nombreux et rapprochés les uns des autres. Leur résection entre deux ligatures eût été impossible, je me décidai donc à chercher à les détruire mécaniquement en frottant vigoureusement le tronc nerveux avec une compresse stérile.

Je parvins ainsi à rompre et à arracher les vaisseaux qui serpentaient à la périphérie du nerf sciatique ; mais d'autres vaisseaux existaient dans son épaisseur et leur destruction me semblait aussi nécessaire que celle des rameaux périphériques. Je me proposai, pour guérir ma malade, de modifier autant que possible la circulation du nerf afin d'empêcher la stase dans ses rameaux veineux et d'éviter ainsi une cause d'irritation où même d'inflammation.

Dans ce but, avec le mors d'une pince hémostatique pointue, je pratiquai une sorte de dissociation du nerf dans toute sa partie dénudée. Je ne poussai par très loin cette dissociation dans la crainte de provoquer une névrite, mais je pus me rendre compte que j'avais ainsi détruit et ouvert un grand nombre de vaisseaux veineux. Enfin, pour entraver encore plus profondément la circulation du nerf, je fis un nettoyage du nerf dissocié avec une solution de chlorure de zinc au 10e.

Le résultat de cette opération a dépassé mes espérances ainsi qu'on pourra s'en convaincre en lisant l'observation suivante :

Observation. — La nommée D..., Marie, âgée de 33 ans, fermière, demeurant à la Huchérie, à Joué-l'Abbé, vint me consulter le 15 juin 1895.

Elle a toujours joui d'une bonne santé, mais, depuis trois ans, elle souffre constamment de sa hanche droite. Elle a consulté plusieurs médecins qui ont successivement porté le diagnostic de coxalgie, puis de sciatique.

Tous les traitements de cette dernière affection ont été essayés en vain, vésicatoires, pointes de feu, raies de feu, stypage, massage, etc.

L'état général est satisfaisant, rien au cœur, rien aux poumons, rien dans les urines.

Du côté des organes génitaux, quelques fleurs blanches dues à une métrite catarrhale légère, mais rien dans le bassin.

Les membres inférieurs présentent un grand nombre de délatations

variqueuses superficielles, surtout du côté droit. La jambe toute entière a un aspect bleuâtre ardoisé, lorsque la malade reste quelque temps debout. Le mollet droit est dur, tendu.

La marche est absolument impossible, la malade pousse un cri dès qu'elle veut faire un pas. Les douleurs s'accusent à la fin de la journée, s'amendent quand la malade s'allonge, mais ne disparaissent pas complètement la nuit. Elle a perdu tout repos, est réduite à l'état d'impotente, ne peut faire quelques pas qu'avec l'aide de béquilles.

L'articulation de la hanche est normale tant le trajet du nerf sciatique est douloureux, mais le point fessier est le siège de prédilection de la douleur. On la provoque terrible en déterminant une pression localisée sur le nerf au niveau du bord inférieur du grand fessier.

Je conseille de pratiquer des massages de tout le membre et de faire suivre chaque massage de l'application d'un bandage roulé. A l'intérieur, je prescris du salicylate de soude et de la teinture d'hamamélis.

Les massages amènent un soulagement pendant quelques instants, mais les douleurs reparaissent dès que la malade met le pied par terre.

Le 4 juillet, je pratique l'élongation du nerf sous chloroforme, par flexion forcée. Le résultat obtenu est insignifiant, les douleurs reparaissent quelques heures après. Sur la demande de la malade, je me propose de recourir à une opération sanglante que je pratique de la façon suivante :

Opération, le 6 juillet 1895. — Est présent : le Dr Mangenot. La malade est endormie avec de l'éther.

Sur le trajet du sciatique, déterminé au moyen d'une ligne verticale menée à 2 centimètres en dedans du milieu de la ligne horizontale ischio-trochantérienne et se portant vers le jarret, à 2 centimètres en dehors du milieu de son pli, je pratique une incision de 15 centimètres, dont 6 centimètres sont au-dessus du bord inférieur du grand fessier.

Ce muscle est sectionné dans une longueur correspondante, puis le nerf est isolé du tissu cellulaire qui l'entoure. Il est volumineux, aplati, sillonné de petits vaisseaux rouges qui pénètrent dans son épaisseur.

Je cherche avec soin les délatations variqueuses que je croyais trouver, mais mes recherches sont vaines.

J'isole le nerf dans une longueur égale à celle de l'incision, je le mobilise en exerçant une forte traction sur son bout central, puis sur un bout périphérique.

Saisissant alors une compresse de gaz hydrophyle stérile, je pratique une friction énergique du nerf dénudé, afin de rompre par cette friction les vaisseaux superficiels qui sillonnent sa périphérie.

Puis, pour rompre plus sûrement tous les vaisseaux du nerf, je pratique un véritable hersage du cordon nerveux au moyen d'un des mors d'une pince hémostatique pointue.

Enfin, je fais un nettoyage soigné du nerf avec une solution de chlorure de zinc au 10e.

Là se borne l'opération.

L'hémostase des vaisseaux est faite avec soin, puis la plaie est suturée avec des crins de Florence.

Marche. — Rien à signaler comme suites opératoires, sinon que la plaie suppura pendant quelque temps.

La malade eut une réaction violente après l'opération, des douleurs très intenses qui cédèrent à quelques injections de morphine.

Dès le 2e jour elle se trouvait améliorée. Elle pouvait se lever et faire quelques pas seule et sans béquilles le 15e jour.

Depuis, son amélioration va en s'accentuant; au mois de septembre elle se considère comme guérie et sa guérison s'est maintenue complète jusqu'à aujourd'hui, plus de onze mois après son opération.

Cette malade ne porte pas de bas à varices, malgré la prescription que je lui en ai faite.

Cette observation nous paraît mettre en relief certains points intéressants.

M. Quénu, dans ses trois cas, a trouvé des dilatations variqueuses et des veines volumineuses qui sortaient du sciatique. Il a pu réséquer ces veines entre deux ligatures. Chez notre malade, les dilatations veineuses ne portaient guère que sur les veinules du nerf lui-même. En effet, les vaisseaux veineux du voisinage ne furent pas aperçus, même avec un examen minutieux. Il en résulte que dans les cas analogues au nôtre, l'opération telle que la conseille M. Quénu doit être modifiée.

Le but est toujours le même : modifier le circulation du tronc nerveux, mais la ligature et la résection des veines. préconisées par M. Quénu ne sont plus réalisables lorsque les varices occupent seulement les veinules du nerf.

Reste à déterminer la meilleure manière d'amener la destruction de ces varices.

L'élongation du nerf n'amène aucune modification sensible en ce sens.

La friction du tronc nerveux après isolement permet de détruire, d'écorcher un certain nombre de vaisseaux superficiels. Mais cette destruction est-elle suffisante ?

Les succès obtenus par M. Quénu, qui ne s'attaque aux veines efférentes du nerf feraient répondre par l'affirmative et cependant, nous avons cru devoir pousser plus loin la destruction des vaisseaux du nerf.

En effet, il nous a semblé qu'en laissant intactes de petites dilatations variqueuses intra-nerveuses, c'était permettre la stase du sang dans ces vaisseaux pendant la station debout et, par suite, la formation ultérieure de nouvelles varices et la réapparition possible d'autres douleurs sciatiques.

La dissociation avec un instrument mousse nous a paru être le

meilleur moyen d'arriver à la destruction des vaisseaux profonds, sans provoquer de métrite du nerf.

Notre malade n'a rien éprouvé de fâcheux à la suite de ce traitement si ce n'est une vive réaction douloureuse après l'opération, mais cette réaction douloureuse n'a eu aucune suite fâcheuse; cependant elle nous rendra plus circonspect à l'avenir et nous n'aurons recours qu'à des dissociations très localisées seulement dans les points où on aperçoit une dilatation veineuse.

Les conclusions de ce travail pourront donc se résumer ainsi :

1° Certaines sciatiques fémoro-fessières d'origine variqueuse peuvent être la conséquence de la dilatation propre des veinules du nerf sciatique ;

2° Ces sciatiques pourront se diagnostiquer à l'état variqueux du membre inférieur, à l'impuissance des traitements révulsifs, à l'action utile mais passagère des massages et de la compression périphérique du membre ;

3° Le diagnostic posé et tous les traitements classiques ayant été essayés sans résultat, on devra agir directement sur le nerf et détruire les veinules jusque dans son épaisseur;

4° Dans le cas de veines volumineuses, avoir recours à l'opération de Quénu, c'est-à-dire réséquer les veines entre deux ligatures.

Discussion.

M. Championnière. — En réalité, M. Delagénière n'a pas trouvé de dilatation variqueuse. On a dégagé et frotté le sciatique ; mais l'action sur les veines a été absolument nulle, on peut donc dire qu'en cas de sciatique pour lesquels les traitements ont été impuissants, on a le droit de découvrir le nerf et d'agir sur lui.

M. Quénu. — Je m'associe aux remarques de M. Championnière, cependant il est possible d'admettre que le hersage pratiqué par M. Delagénière ait suffi à modifier la vascularisation du nerf sciatique. Je serais plus réservé vis-à-vis de l'usage du chlorure de zinc. Je me demande si la plupart des pratiques telles que l'élongation, le soulèvement du nerf, etc., n'ont pas pour effet et pour action une modification des vaisseaux du nerf sciatique et si ce n'est pas là le mécanisme de la guérison de la névralgie.

STATISTIQUE GÉNÉRALE

DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES AU MANS DU 1er JANVIER 1895 AU 1er JANVIER 1896,

Par le Dr HENRY DELAGÉNIÈRE.

I. — *Opérations pratiquées sur les yeux, les voies lacrymales et les paupières.*

(9 opérations : 9 guérisons.)

1 ancien traumatisme de l'œil ; énucléation. 1 guérison.
1 cataracte molle ; extraction avec iridectomie. 1 guérison.
1 tumeur lacrymale ; incision, drainage dans la fosse nasale. 1 insuccès.
1 tumeur lacrymale récidivée ; extirpation totale de la glande lacrymale. 1 guérison.
1 épithélioma de la paupière inférieure ; extirpation et autoplastie. 1 guérison.
1 cancroïde de l'angle interne de l'œil ; extirpation. 1 guérison.
1 kyste dermoïde de la paupière ; extirpation. 1 guérison.
1 nœvus de la paupière ; extirpation. 1 guérison.
1 chalazion ; extirpation. 1 guérison.

II. — *Opérations pratiquées sur la tête et la face.*

(58 opérations : 57 guérisons, 1 mort.)

1 épilepsie jacksonnienne ; trépanation. 1 guérison.
1 malformation du crâne et crétinisme ; trépanation. 1 mort.
1 mastoïdite ; trépanation de l'antre. 1 guérison.
1 suppuration de la caisse et polypes du conduit auditif ; curage de la caisse. 1 guérison.
1 plaie de la tête ; suture. 1 guérison.
1 gomme tuberculeuse du frontal ; incision, curage et ablation de la table externe. 1 guérison.
3 loupes du cuir chevelu ; extirpation. 3 guérisons.
2 nœvus du front ; extirpation. 2 guérisons.
1 tumeur érectile du cuir chevelu ; extirpation. 1 guérison.
1 épithélioma du front ; extirpation et autoplastie. 1 guérison.
1 rétraction de la mâchoire par inclusion de la dent de sagesse ; trépanation de l'angle du maxillaire et extirpation de la dent. 1 guérison.
1 suppuration du tissu maxillaire ; trépanation. 1 guérison.

1 kyste congénital du maxillaire supérieur ; résection totale du maxillaire. 1 guérison.
2 fistules du maxillaire supérieur ; ablation de plusieurs dents, résection osseuse. 2 guérisons.
3 fistules du maxillaire inférieur et périostite ; décollement du périoste et curage. 3 guérisons.
2 fentes palatines ; uranoplastie. 2 guérisons.
1 épithélioma de la paumette ; extirpation. 1 guérison.
1 épithélioma de l'aile du nez ; décortication et greffe dermo-épidermique de Thiersch. 1 guérison.
1 kyste sébacé de la joue ; extirpation. 1 guérison.
2 phlegmons d'origine dentaire ; incision. 2 guérisons.
1 adénite anté-auriculaire suppurée ; extirpation. 1 guérison.
1 carie de l'os molaire ; curage. 1 guérison.
1 nœvus sous-orbitaire ; extirpation, autoplastie. 1 guérison.
1 ozène et ulcération de la pituitaire ; curage des fosses nasales. 1 guérison.
6 polypes muqueux des fosses nasales et ulcérations de la pituitaire ; curage des fosses nasales. 6 guérisons.
2 cancroïdes du nez ; excision et autoplastie par glissement. 2 guérisons.
1 kyste dermoïde de la queue du sourcil ; extirpation. 1 guérison.
1 bec-de-lièvre compliqué bi-latéral ; double Mirault. 1 guérison.
4 becs-de-lièvre compliqués uni-latéraux ; procédé Mirault. 4 guérisons.
3 épithéliomas de la lèvre inférieure ; excision en V. 3 guérisons.
1 épithélioma de la totalité de la lèvre inférieure ; extirpation et autoplastie par le procédé Malgaigne. 1 guérison.
1 épithélioma de la lèvre supérieure et de la commissure ; extirpation et ablation des ganglions sous-maxillaires. 1 guérison.
1 fibro-sarcome de la lèvre supérieure ; extirpation. 1 guérison.
3 kystes glandulaires de la lèvre inférieure ; extirpation. 3 guérisons.
1 lupus des lèvres ; curage. 1 guérison.
1 nœvus de la lèvre ; excision en V. 1 guérison.
1 section de la langue ; suture. 1 guérison.

III. — *Opérations pratiquées sur le cou et le pharynx.*

(23 opérations : 22 guérisons, 1 mort.)

1 anévrysme de la carotide ; extirpation. 1 guérison.
1 goitre suffocant ; énucléation. 1 mort.
1 sarcome encapsulé de la nuque ; extirpation. 1 guérison.
1 adéno-phlegmon du cou ; incision. 1 guérison.

9 adénites tuberculeuses suppurées du cou ; extirpation. 9 guérisons.
1 adénite infectieuse sous-maxillaire ; extirpation. 1 guérison.
2 hypertrophies des amygdales et tumeurs adénoïdes ; double amygdalotomie et curage du pharynx. 2 guérisons.
1 tumeur adénoïde ; curage du pharynx. 1 guérison.
6 hypertrophies des amygdales ; double amygdalotomie. 6 guérisons.

IV. — *Opérations pratiquées sur la colonne vertébrale, le thorax et le sein.*

(20 opérations : 20 guérisons.)

1 spina-bifida ; cure radicale. 1 guérison.
1 ancien empyème avec fistules pleuro-pulmonaires et pleuro-cutanées ; résection des 5e, 6e, 7e, 8e et 9e côtes, ablation de la partie correspondante de la plèvre pariétale, décortication partielle du poumon. 1 guérison,
1 abcès froid d'origine costale ; résection costale. 1 guérison.
1 cancer ulcéré du sein ; extirpation du sein, du grand pectoral et évidement de l'aisselle. 1 guérison.
2 cancers ulcérés du sein ; amputation du sein, ablation du grand pectoral, évidement de l'aisselle, autoplastie par pivotement. 2 guérisons.
5 cancers du sein ; extirpation du sein et du grand pectoral, évidement de l'aisselle. 5 guérisons.
1 adénone du sein ; amputation du sein et évidement de l'aisselle. 1 guérison.
4 récidives de cancer du sein ; extirpation. 4 guérisons.
1 tuberculose de la mamelle ; amputation du sein et évidement de l'aisselle. 1 guérison.
1 abcès tuberculeux de la mamelle ; incision, curage. 1 guérison.
1 phlegmon du sein ; incision. 1 guérison.
1 lipome de la paroi thoracique ; extirpation. 1 guérison.

V. — *Opérations pratiquées sur l'abdomen, l'estomac et l'intestin.*

(41 opérations : 34 guérisons, 7 morts.)

2 péritonites tuberculeuses enkystées ; laparotomie. 2 guérisons.
1 abcès de la paroi abdominale ; incision. 1 guérison.
1 phlegmon péri-ombilical ; incision, 1 guérison.
1 abcès de la fosse iliaque ; ouverture. 1 guérison.
1 cancer du pylore ; gastro-entérostomie. 1 mort.

1 rétrécissement cicatriciel de l'œsophage et de l'estomac; gastrostomie et gastroplastie. 1 guérison.
1 appendicite suppurée; incision et résection de l'appendice gangrené. 1 guérison.
1 appendicite ancienne avec induration chronique; résection de l'appendice. 1 guérison.
1 appendicite récidivante; résection à froid de l'appendice. 1 guérison.
1 cancer du cœcum et du côlon ascendant; résection intestinale, entérorrhaphie circulaire (bouton de Murphy). 1 mort.
1 occlusion intestinale; anus contre nature. 1 guérison.
1 hernie épigastrique volumineuse étranglée; gangrène de l'intestin, résection intestinale. 1 mort.
2 hernies ombilicales; cure radicale. 2 guérisons.
2 hernies ombilicales étranglées; kélotomie et cure radicale. 2 guérisons.
8 hernies inguinales; cure radicale. 8 guérisons.
1 hernie inguinale étranglée; kélotomie et cure radicale. 1 guérison.
1 hernie inguinale contenant la vessie; cure radicale, suture de la vessie. 1 guérison.
1 hernie crurale étranglée et gangrenée; résection de la portion gangrenée et formation d'un anus contre nature. 1 mort.
1 hernie crurale étranglée et gangrenée; résection de l'intestin, bouton de Murphy. 1 mort.
1 hernie crurale étranglée; gangrène de l'intestin, résection et suture. 1 mort.
3 hernies crurales étranglées; kélotomie et cure radicale. 3 guérisons.
1 hernie crurale; cure radicale. 1 guérison.
1 cancer de la partie moyenne du rectum; opération de Kraske. 1 mort.
1 cancer du rectum; résection du rectum. 1 guérison.
2 fistules anales; incision. 2 guérisons.
1 bartholinite et hémorrhoïdes; extirpation de la glande et des hémorrhoïdes. 1 guérison.
2 fistules anales et hémorrhoïdes; dilatation et extirpation des hémorrhoïdes. 2 guérisons.

VI. — *Opérations pratiquées sur le foie et les voies biliaires.*

(2 opérations : 2 guérisons.)

2 lithiases biliaires; cholécystostomie temporaire. 2 guérisons.

VII. — *Opérations pratiquées sur le bassin.*

(2 opérations : 1 guérison, 1 mort.)

1 fœtus putréfié, bassin rétréci ; basiotripsie sans résultat, symphyséotomie. 1 mort.
1 abcès de la fosse iliaque et sacrocoxalgie ; trépanation du bassin, drainage transiliaque. 1 guérison.

VIII.—*Opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme.*

A. *Laparotomies.*

(35 opérations : 34 guérisons, 1 mort.)

8 fibro-myomes de l'utérus ; hystérectomie abdominale totale. 8 guérisons.
1 fibro-myome utérin et pyo-salpingite ; hystérectomie abdominale totale. 1 guérison.
3 métrites chroniques et suppurations pelviennes ; castration abdominale totale. 2 guérisons, 1 mort.
1 kyste des deux ovaires et fibrome sous-péritonéal ; double ovariotomie et miomectomie. 1 guérison.
4 kystes multiloculaires des ovaires ; double ovariotomie. 4 guérisons.
2 kystes multiloculaires de l'ovaire ; ovariotomie uni-latérale. 2 guérisons.
1 kyste parovarien ; ovariotomie uni-latérale. 1 guérison.
1 kyste suppuré de l'ovaire ; double ovariotomie. 1 guérison.
1 tumeur végétante de l'utérus et des annexes ; laparotomie exploratrice. 1 guérison.
1 tumeur végétante des ovaires ; double ovariotomie. 1 guérison.
1 salpingite tuberculeuse et péritonite tuberculeuse avec épanchement ; laparotomie et double salpingo-oophorectomie. 1 guérison.
1 fibro-myome et hémato-salpinx rompu dans le ventre ; incision latérale et double castration. 1 guérison.
2 salpingo-ovarites et rétroversion ; double salpingo-oophorectomie et hystéropexie. 2 guérisons.
1 salpingite et rétroversion ; double salpingo-oophorectomie et double suture angulaire des ligaments larges. 1 guérison.
6 salpingo-ovarites ; double salpingo-oophorectomie. 6 guérisons.
1 névralgie pelvienne ; atrophie congénitale des organes génitaux internes ; double salpingo-oophorectomie. 1 guérison.

B. *Opérations vaginales ou pratiquées par le vagin.*

(55 opérations : 52 guérisons, 3 morts.

2 suppurations pelviennes anciennes ; hystérectomie vaginale. 2 guérisons.
7 métrites parenchymateuses et ovaro-salpingites ; castration vaginale totale. 6 guérisons, 1 mort.
1 métrite et salpingite, premier degré de prolapsus ; castration vaginale totale avec ligatures. 1 guérison.
1 métrite parenchymateuse, salpingite et déchirure du périnée ; hystérectomie vaginale avec pinces, périnéorrhaphie de Tait. 1 guérison.
1 rétroversion et ovarite kystique ; castration vaginale totale. 1 guérison.
1 ovaro-salpingite ; hystérectomie vaginale, ablation incomplète des annexes. 1 guérison.
3 prolapsus complets de l'utérus ; hystérectomie vaginale avec ligature et colpopérinéorrhaphie. 3 guérisons.
1 fibrome calvitaire et salpingite ; castration vaginale totale. 1 guérison.
1 cancer de l'utérus et cystocèle ; hystérectomie vaginale avec ligatures, colporrhaphie antérieure. 1 guérison.
4 cancers du corps de l'utérus ; hystérectomie vaginale. 3 guérisons, 1 mort.
2 épithéliomas du col de l'utérus ; hystérectomie vaginale avec pinces. 2 guérisons.
2 sarcomes de l'utérus ; hystérectomie vaginale avec pinces. 2 guérisons.
1 fibro-myome de l'utérus ; énucléation par morcellement. 1 guérison.
2 polypes fibreux de l'utérus ; énucléation et curettage. 2 guérisons.
4 cancers de l'utérus généralisés ; évidement de l'utérus. 3 guérisons, 1 mort.
2 métrites parenchymateuses et premier degré de prolapsus ; curettage, amputation du col et périnéorrhaphie. 2 guérisons.
1 métrite, kyste du vagin et cystocèle ; curettage, amputation du col, colporrhaphie antérieure. 1 guérison.
5 métrites parenchymateuses ; curettage, amputation circulaire du col. 5 guérisons.
2 métrites et prolapsus ; curettage, amputation du col, colporrhaphie antérieure et périnéorrhaphie. 2 guérisons,

1 polype muqueux de l'utérus ; extirpation aux ciseaux et curettage. 1 guérison.
1 métrite et rétroversion ; curettage et hystéropexie vaginale. 1 guérison.
3 métrites ; curettage. 3 guérisons.
1 fausse couche, rétention du placenta ; curettage. 1 guérison.
1 cloisonnement complet du vagin ; résection de la cloison et colporrhaphie antérieure et postérieure. 1 guérison.
2 épithéliomas du clitoris et de la grande lèvre ; extirpation, autoplastie. 2 guérisons.
1 imperforation de l'hymen et hématométrie ; incision et évacuation. 1 guérison.
1 déchirure complète du périnée ; périnéorrhaphie. 1 guérison.
1 fistule vésico-uréthro-vaginale ; suture et autoplastie. 1 guérison.

IX. — *Opérations obstétricales.*

(6 opérations : 4 guérisons, 2 morts.)

1 grossesse à terme, rétrécissement du bassin ; opération de Porro, enfant vivant. 1 guérison.
1 rétrécissement du bassin et déchirure du périnée ; application de forceps au détroit supérieur et périnéorrhaphie. 1 guérison.
1 éclampsie ; accouchement artificiel. 1 guérison.
1 péritonite puerpérale ; curettage. 1 mort.
2 infections puerpérales par rétention placentaire ; curettage. 1 guérison, 1 mort.

X. — *Opérations pratiquées sur les organes génitaux de l'homme.*

(10 opérations : 10 guérisons.)

1 épididymite tuberculeuse ; castration et résection intra-abdominale du canal déférent. 1 guérison.
1 hématocèle suppurée de la tunique vaginale et kyste de l'épididyme ; castration. 1 guérison.
2 hernies et ectopies du testicule ; cure radicale et orchidopexie. 2 guérisons.
1 kyste spermatique ; ablation et résection de la tête de l'épididyme. 1 guérison.
1 hydrocèle enkystée du cordon et de la tunique vaginale ; cure radicale. 1 guérison.
4 phimosis ; circoncision. 4 guérisons.

XI. — *Opérations pratiquées sur les voies urinaires.*

(12 opérations : 11 guérisons, 1 mort.)

1 hydropyonéphrose et fibro-myome de l'utérus; néphrectomie transpéritonéale et hystérectomie supra-vaginale, pédicule extérieur. 1 mort.
1 rein droit mobile et pyélonéphrite-néphrorrhaphie lombaire. 1 guérison.
1 rein mobile avec troubles gastriques; néphrorrhaphie. 1 guérison.
1 rein mobile et hydronéphrose; néphrorrhaphie. 1 guérison.
1 tumeur de la vessie; taille hypogastrique, extirpation de la tumeur et de la muqueuse sous-jacente. 1 guérison.
1 rupture traumatique de l'urèthre, infiltration d'urine et phlegmon gangreneux; incisions et suture de l'urèthre. 1 guérison.
1 rupture traumatique de l'urèthre; suture immédiate. 1 guérison.
1 uréthrocèle et fissure anale; résection de l'urèthre. 1 guérison.
1 fistule urinaire périnéale; autoplastie. 1 guérison.
1 fistule urinaire multiple; uréthrotomie externe. 1 guérison.
1 fistule pénienne; avivement, suture. 1 guérison.
1 rétrécissement de l'urèthre; uréthrotomie interne. 1 guérison.

XII. — *Opérations pratiquées sur le membre supérieur.*

(44 opérations : 44 guérisons.)

1 ostéosarcome de l'extrémité inférieure de l'humérus; désarticulation de l'épaule. 1 guérison.
1 ancienne luxation de l'épaule avec troubles trophiques; résection de l'épaule. 1 guérison.
1 fracture comminutive de l'épaule par arme à feu; incision, esquillotomie, résection atypique, 1 guérison.
1 carie de l'acromion; curage. 1 guérison.
2 abcès froids de l'épine de l'omoplate; incision et curettage. 2 guérisons.
1 adéno-phlegmon infectieux de l'aisselle; évidement de l'aisselle. 1 guérison.
1 adénite tuberculeuse suppurée de l'aisselle; évidement de l'aisselle. 1 guérison.
1 adéno-phlegmon de l'aisselle; incision. 1 guérison.
1 lipome sus-deltoïdien; extirpation. 1 guérison.

1 hémorrhagie secondaire de l'artère humérale ; ligature. 1 guérison.
1 fracture comminutive du coude par arme à feu ; amputation du bras. 1 guérison.
1 fracture de l'olécrane ; suture. 1 guérison.
1 fracture ouverte du coude et des os de l'avant-bras ; esquillotomie. 1 guérison.
2 tumeurs blanches suppurées du coude ; résection du coude. 2 guérisons.
1 luxation ouverte du coude ; arthrotomie, réduction et nettoyage. 1 guérison.
1 luxation ancienne du coude ; résection de l'extrémité inférieure de l'humérus. 1 guérison.
1 phlegmon diffus du bras ; incision, drainage. 1 guérison.
1 ostéo-myélite de l'humérus ; extraction de séquestres. 1 guérison.
1 ostéo-myélite du cubitus ; résection totale. 1 guérison.
1 adhérence tendineuse des fléchisseurs à la peau ; libération, suture aponévrotique. 1 guérison.
1 hernie des muscles fléchisseurs du poignet ; reconstitution de l'aponévrose. 1 guérison.
1 synovite fougueuse à grains réziformes du fléchisseur du pouce ; extirpation. 1 guérison.
1 kyste du poignet ; extirpation. 1 guérison.
1 anévrysme de l'artère radio-palinaire ; extirpation. 1 guérison.
1 cancroïde du dos de la main ; excision. 1 guérison.
1 section du tendon du long fléchisseur propre du pouce ; suture. 1 guérison.
1 corps étranger du poignet ; arthrotomie, extirpation. 1 guérison.
1 gangrène du pouce ; amputation du pouce. 1 guérison.
1 cancroïde du médius ; extirpation. 1 guérison.
1 plaie contuse de la main ; résection phalangienne. 1 guérison.
1 énorme tophus de l'index ; extirpation. 1 guérison.
1 spina-ventosa ; curage et évidement. 1 guérison.
1 ulcère de l'index ; amputation. 1 guérison.
1 amputation congénitale des doigts ; ablation de deux doigts. 1 guérison.
1 cancroïde du pouce ; extirpation. 1 guérison.
2 ostéo-arthrites du méta-carpe ; curage. 2 guérisons.
1 ulcère de la main ; curage. 1 guérison.
1 rétraction de l'aponévrose palmaire ; résection de l'aponévrose et amputation de deux doigts. 1 guérison.
2 plaies contuses de la main ; nettoyage, suture, 2 guérisons.
1 angiome du fléchisseur de l'index ; extirpation. 1 guérison.

XIII. — *Opérations pratiquées sur le membre inférieur.*

(33 opérations : 33 guérisons.)

1 sarcome de la fesse ; extirpation de la tumeur et du grand fessier. 1 guérison.
1 adénite cancéreuse du pli de l'aine ; évidement du pli de l'aine. 1 guérison.
1 gangrène gazeuse du membre inférieur ; amputation de cuisse sous-trochantérienne. 1 guérison.
1 gangrène du pied et de la jambe ; amputation de la cuisse. 1 guérison.
1 abcès de la gaine du psoas ; incision. 1 guérison.
1 blessure de l'artère et de la veine fémorales ; ligature de l'artère partie moyenne. 1 guérison.
1 hémorrhagie secondaire de l'artère fémorale ; ligature au sommet du triangle de Scarpa. 1 guérison.
1 névralgie sciatique rebelle ; dissociation du nerf. 1 guérison.
1 ostéo-myélite du fémur ; évidement de la moitié inférieure. 1 guérison.
1 ostéo-myélite du fémur dans un moignon d'amputation ; extirpation du séquestre. 1 guérison.
1 plaie contuse de la cuisse ; nettoyage et drainage. 1 guérison.
4 tumeurs blanches du genou ; résection du genou. 4 guérisons.
1 arthrite infectieuse suppurée du genou ; arthrotomie. 1 guérison.
1 fracture itérative de la rotule ; suture. 1 guérison.
1 ancienne ostéo-myélite du tibia ; évidement du tibia. 1 guérison.
1 pseudarthrose du tibia ; suture métallique. 1 guérison.
1 plaie contuse de la jambe ; curage et suture. 1 guérison.
1 ostéite de la tête du péroné ; résection partielle du péroné. 1 guérison.
2 fractures compliquées de la jambe ; esquillotomie. 2 guérisons.
1 ulcère variqueux ; greffes dermo-épidermiques de Thiersch. 1 guérison.
2 tumeurs blanches tibio-tarsiennes ; arthrectomie. 2 guérisons.
2 ostéo-arthrites du tarse ; incision et évidement osseux. 2 guérisons.
1 bourse séreuse du bord externe du pied ; extirpation. 1 guérison.
1 pied-bot varus-équin ; section du tendon d'Achille. 1 guérison.
2 gangrènes séniles des orteils ; amputation. 2 guérisons.
1 spina-ventosa ; évidement osseux. 1 guérison.

Rapport.

Fracture très oblique du tibia ; consolidation vicieuse ; ostéotomie; extension continue; guérison, par M. Henri Hartmann.

Rapport par M. E. KIRMISSON.

Le fait de M. Hartmann est relatif à un cocher, âgé de 21 ans, qui, à la suite d'une chute de son siège, s'est fracturé la jambe gauche au mois de juin 1895. Le membre fut d'abord placé pendant quelques jours dans une gouttière en fil de fer, puis immobilisé dans un appareil plâtré ; le chirurgien traitant, jugeant insuffisante la contention, renouvela deux fois l'appareil ; bref, le malade quitta, au bout de deux mois environ, l'hôpital où il était soigné pour se présenter à l'hôpital Bichat dans le service de M. Terrier, où il fut admis le 19 août 1895.

Siégeant au-dessous de la partie moyenne de la jambe, la fracture était très oblique en bas, en dedans et en arrière. Le fragment inférieur chevauche en avant et en dehors du supérieur ; il se termine en haut par une pointe soulevant la peau de la face antérieure de la jambe. Le membre, mesuré de l'interligne articulaire à la malléole tibiale, présente un raccourcissement de 4 centimètres. Le pied est en rotation externe, et cette rotation ne peut être corrigée.

Le 28 août 1895, M. Hartmann, avec le concours de M. Hennequin, fit l'opération suivante : incision en U renversé, dont la convexité est dirigée en haut, répondant par sa branche interne au trait oblique du tibia. Le foyer de fracture étant ainsi mis à découvert, on sépare les fragments en sectionnant le tissu fibreux et çà et là les ponts osseux qui les réunissent. Après quoi les quatre fragments osseux du tibia et du péroné sont avivés ; même après cet avivement, la réduction reste impossible ; il est nécessaire de diminuer le biseau du fragment inférieur et de creuser la face externe du fragment supérieur. Dès lors, en saisissant le fragment inférieur du péroné et le faisant passer successivement en arrière, puis en dehors du fragment supérieur, on arrive à corriger la rotation du pied en dehors et à rendre à la jambe sa direction normale. La plaie est réunie, en plaçant un petit drain à chacune des deux extrémités de l'U ; pansement iodoformé.

Ce qu'il y a de plus particulièrement intéressant dans l'observation de M. Hartmann, c'est l'application de l'extension continue qu'il a faite avec l'aide et sur les conseils de M. Hennequin.

« Ayant, nous dit l'auteur, recouvert le cou-de-pied, le talon et

les gouttières latérales du tendon d'Achille, d'une couche de vaseline et de poudre d'amidon mélangées que nous enveloppons de quelques feuilles de tarlatane non empesées, nous appliquons une bottine plâtrée avec des bandes de tarlatane saupoudrée de plâtre. Cette bottine embrasse le cou-de-pied et va de la racine des orteils à la base des malléoles. Lorsque la moitié de la bande plâtrée est appliquée, nous disposons en forme d'étrier, une bande de toile neuve de 50 centimètres de longueur, dont les chefs bifides sont croisés, les antérieurs sur le cou-de-pied, les postérieurs sur le tendon d'Achille. Continuant alors l'application de la bande plâtrée, nous fixons ainsi l'étrier dans la botte en plâtre. » Pour éviter la rotation des fragments et maintenir le haut de la jambe, on enveloppe ensuite tout le membre dans une gouttière plâtrée qu'on a soin de séparer à l'aide d'une feuille de mackinstosh, du reste de l'appareil précédemment décrit.

Le membre ainsi disposé est placé sur l'appareil à chariot de M. Hennequin, et l'on fait l'extension continue à l'aide de poids qui sont portés jusqu'à 4500 grammes.

Le 16 octobre, cinquante-huit jours après l'opération, on fait le premier pansement, les fils et les deux petits drains sont enlevés. La fracture n'étant pas encore complètement solide, on réapplique l'extension continue. Celle-ci est définitivement supprimée le 3 novembre et le membre placé sur un coussin. Le 12 novembre, comme il existe encore un peu de mobilité, on applique une nouvelle gouttière plâtrée qui est supprimée le 30. Le 10 décembre, le malade définitivement guéri quitte l'hôpital, après cent cinq jours de traitement.

Il vous a été présenté ici même et vous avez pu constater qu'au double point de vue de la forme et des fonctions du membre, le résultat obtenu ne laisse rien à désirer. Mesurée de l'interligne articulaire au sommet de la malléole interne, la jambe a 37 centimètres et demi, comme celle du côté opposé.

Je suis très heureux pour ma part de voir cette question du traitement des fractures de jambe portée devant la Société de chirurgie par la communication de M. Hartmann. Il s'agit ici d'une variété de fractures, les fractures très obliques du tibia, fractures par torsion du membre qui, comme les fractures de Dupuytren, donnent souvent dans la pratique de bien tristes résultats. La cause en est parfois dans l'application immédiate d'appareils plâtrés qui, insuffisamment surveillés, laissent se reproduire au-dessous d'eux une difformité que le chirurgien est désagréablement surpris de constater au moment où il enlève l'appareil après la consolidation. Pareil reproche ne saurait être adressé dans le cas de M. Hartmann, puisque le malade avait été immobilisé tout d'abord pendant quel-

ques jours au moyen d'une gouttière en fil de fer et que le chirurgien, jugeant la contention insuffisante, avait à trois reprises différentes renouvelé l'appareil plâtré. C'est qu'en effet il est, parmi ces fractures obliques de la jambe qui nous occupent en ce moment, des cas dans lesquels, malgré l'application d'un bon appareil, la réduction et la contention présentent les plus grandes difficultés. Est-ce donc une raison pour adopter la conduite qui a été préconisée dans le mémoire qui vous a été communiqué en 1894 par M. Roux (de Brignoles) et sur lequel un rapport vous a été fait par notre collègue M. Nélaton [1] ? L'auteur proposait, vous vous en souvenez, de transformer ces fractures difficilement réductibles en fractures ouvertes et de les traiter par la suture. Cette opinion n'a pas été adoptée par la majorité des orateurs qui ont pris la parole dans ces débats. Si, en effet, la conduite proposée par M. Roux (de Brignoles) peut être adoptée dans quelques cas, il y aurait, me semble-t-il, une grande exagération à l'appliquer à tous les faits de fracture oblique du tibia dont la réduction présente une réelle difficulté. Un moyen auquel il faut avoir recours en pareil cas, et dont il n'est pas fait mention dans l'observation de M. Hartmann, c'est la chloroformisation. Elle permettra souvent d'obtenir la réduction d'une fracture qui, sans elle, serait demeurée irréductible. L'application pure et simple d'une gouttière plâtrée, même très bien faite, ne sera pas non plus toujours suffisante pour maintenir la coaptation ; il sera souvent nécessaire d'y joindre la compression directe exercée sur les fragments au moyen d'un tampon d'ouate maintenu en place par une bande. Enfin nous possédons dans l'extension continue un moyen puissant qui nous permettra, même dans les cas difficiles, d'obtenir une consolidation régulière, exempte de raccourcissement. Le fait qui nous est communiqué par M. Hartmann en est un exemple. Pour ma part, en 1887, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon que je remplaçais en ce moment, j'ai appliqué l'extension continue avec succès chez deux jeunes gens atteints de fractures obliques du tibia avec retard de la consolidation et rotation du pied en dehors. Je m'étais servi pour cela d'une guêtre en cuir lacée construite par M. Collin. On peut, comme vous le voyez, arriver au même résultat en se servant d'une guêtre plâtrée. Du reste, je laisse à notre nouveau collègue M. Hennequin, qui a bien voulu, sur ma demande, apporter ici le modèle de son appareil, le soin de vous en faire lui-même la démonstration.

Je vous demande en terminant de vouloir bien adresser des remerciements à M. Hartmann pour sa communication, en inscrivant

[1] Voy. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 13 juin 1894.

son nom en rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie.

La discussion du rapport de M. Kirmisson est renvoyée à une prochaine séance.

Communication.

Traitement chirurgical du cancer du rectum.

Par le Dr CHAPUT.

Je voudrais, dans ce travail, étudier mes observations personnelles du cancer du rectum. Je laisserai d'abord de côté tous mes cas traités palliativement par l'anus artificiel et je me restreindrai aux seuls cas traités par les méthodes radicales.

Mes observations sont au nombre de 10 ; je les classerai en trois catégories :

1° Cas opérés par la voie ano-périnéale ;

2° Opérations par la voie sacrée ;

3° Opérations des cancers très élevés par la voie abdominale et par la voie vaginale.

I. — *Opérations par la voie ano-périnéale.*

J'ai opéré deux fois par la voie ano-périnéale.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 67 ans, atteinte d'un cancer de l'orifice anal, se prolongeant sur une hauteur de 3 centimètres sur la paroi gauche du rectum.

Je fis une incision circulaire autour de l'anus ; je disséquai le rectum sur une hauteur de 5 centimètres environ et je sectionnai au-dessus du néoplasme. Pour éviter le prolapsus ultérieur du rectum, je fis subir au bout supérieur une rotation d'un tour complet, à la façon de Gersuny, et je le suturai ainsi tordu à la peau. L'orifice anal me paraissant très large, j'abrasai la muqueuse en arrière avec la curette, et je rétrécis l'orifice par trois sutures complémentaires. Guérison parfaite. La malade opérée le 2 août 1894 a été revue par moi en mai 1896 ; elle est sans récidive, elle n'a ni prolapsus ni rétrécissement de l'anus, elle se plaint seulement d'une incontinence pour les matières liquides, incontinence qui ne s'explique que trop facilement par la destruction de l'appareil sphinctérien de l'anus.

Dans mon second cas, c'était une femme de 59 ans, atteinte d'un cancer de la paroi antérieure du rectum, envahissant la cloison recto-vaginale et laissant libres les parois rectales droite et postérieure.

Je fis une incision en U, ouverte en arrière au niveau de la région saine de l'anus et du rectum. En avant, la convexité de l'U passait à peu près à la partie moyenne de la paroi vaginale postérieure ; j'enlevai tous les tissus malades à coups de ciseau, puis je reconstituai le périnée par des sutures superficielles et profondes et je suturai le bord antérieur de l'orifice rectal à mon nouveau périnée. La malade guérit de son opération, mais les sutures trop tendues coupèrent les tissus et il se forma un vaste cloaque qui cicatrisa par bourgeonnement. Je n'ai pu l'examiner ultérieurement; j'ai seulement appris qu'elle était morte en mars 1896.

II. — *Opérations par la méthode de Kraske.*

J'ai fait 5 opérations de ce genre.

Dans deux cas, l'anus a été conservé ; dans les quatre autres, il a été enlevé avec le rectum.

Dans l'observation III, il s'agit d'un homme de 50 ans, atteint d'un cancer siégeant à 4 centimètres de l'anus ; la tumeur est mobile, en battant de cloche, elle n'adhère pas aux parois pelviennes, on ne peut, avec le doigt, en atteindre les limites supérieures. Le 25 juillet 1894, j'incise la région sacrée sur la ligne médiane, je résèque le coccyx et la pointe du sacrum ; je sectionne le rectum au-dessous de la tumeur, puis au-dessus, supprimant ainsi un segment de rectum de 10 centimètres. En raison de l'épaisseur des parois rectales doublées d'une épaisse couche de graisse, je considère la méthode de Murphy comme contre-indiquée et je fais une suture circulaire à deux étages (un étage muco-muqueux et un autre musculo-musculeux). La partie inférieure de la plaie est suturée, la partie supérieure est bourrée au diiodoforme.

Il se forma au bout de quelques jours une petite fistule stercorale qui guérit spontanément en quelques semaines. Au bout de ce temps, on pouvait constater la présence d'une bride en croissant, siégeant sur la paroi antérieure du rectum qu'elle rétrécissait légèrement.

J'ai revu cet homme le 23 avril 1896 ; son état général est excellent, il va à la selle tous les jours, le bol fécal est du volume du pouce et un peu aplati.

Au toucher, on ne constate plus la bride en croissant sur la paroi antérieure du rectum, mais la prostate est élargie et empâtée et il existe, en outre, dans la fosse ischio-rectale droite une masse dure du volume d'une moitié de mandarine, probablement de nature néoplasique. Quoi qu'il en soit, cette longue survie avec un état général et local parfait est intéressante à signaler et justifie largement l'intervention.

Le malade de l'observation IV était âgé de 60 ans ; il avait un cancer élevé, difficilement accessible au doigt et peu mobile. Le 29 août 1894, je fis d'abord l'anus iliaque, puis immédiatement après, l'opération de Kraske. Le bout supérieur, trop court, fut suturé à la peau et la plaie laissée ouverte et bourrée à l'iodoforme. Malheureusement le malade, anesthésié à l'éther, fut pris presque immédiatement d'une broncho-pneumonie avec dyspnée effrayante à laquelle il succomba rapidement. C'était d'ailleurs un vieux catarrheux, s'enrhumant facilement. Je tiens à spécifier que ce malade est mort des suites de l'éthérisation et non pas de l'opération elle-même.

Dans quatre cas, j'ai combiné l'ablation de l'anus avec l'opération de Kraske.

Je passe rapidement sur l'observation V, dans laquelle il s'agissait d'un énorme cancer bas situé, s'étendant jusqu'aux parois pelviennes et pour lequel j'aurais mieux fait de m'abstenir. Je lui fis d'abord un anus iliaque par le procédé des pinces, puis, quelques jours après, l'ablation du rectum par la méthode ano-sacrée. Au cours de l'ablation très pénible du rectum, l'uretère droit fut arraché ; le malade mourut rapidement.

La malade de l'observation VI guérit facilement de son opération, mais mourut trois mois après de généralisation. C'était une femme de 34 ans, à laquelle j'enlevai le rectum par la méthode ano-sacrée. C'est dans ce cas que je remarquai pour la première fois que si l'écoulement sanguin immédiat était considérable, il devenait nul lorsqu'à la fin de l'opération on enlevait les pinces.

Le bout supérieur fut suturé à la peau et la plaie bourrée à l'iodoforme. La plaie, infectée par les matières, suppura abondamment ; la malade guérit cependant assez facilement; trois mois après, elle mourait, et on trouvait des masses métastatiques dans le maxillaire inférieur et dans le péritoine.

La malade de l'observation VII était âgée de 44 ans ; elle présentait un cancer ano-rectal remontant à 6 ou 7 centimètres de l'anus.

Je fis, le 10 août 1894, l'incision ano-sacrée avec résection du seul coccyx. J'enlevai l'anus avec 10 centimètres du rectum. Le bout supérieur, trop court pour exécuter la manœuvre de Gersuny, fut simplement fixé à la peau et la plaie largement bourrée. J'ai revu cette malade le 28 avril 1896; sa santé est très bonne et il n'y a pas trace de récidive ; elle présente seulement un prolapsus rectal et vaginal qui la gêne, mais dont elle n'a pas voulu se laisser opérer. Elle est, en outre, atteinte de troubles mentaux avec mélancolie.

Cette longue survie sans récidive est déjà intéressante, elle l'est

encore plus chez le malade de l'observation VIII qui, âgé de 59 ans, était atteint d'un cancer ano-rectal remontant en arrière jusqu'à la limite du doigt. La tumeur était à ce point volumineuse et végétante qu'un de nos collègues refusa de l'opérer. Le 19 mai 1891, je fis la résection du rectum par l'incision ano-sacrée, avec résection du coccyx et de la pointe du sacrum. J'enlevai 8 centimètres du rectum, je suturai le bout supérieur à la partie moyenne de la plaie cutanée et toute la cavité fut bourrée à l'iodoforme.

Cet homme, opéré depuis cinq ans, est encore en parfaite santé et exempt de toute récidive ; je l'ai revu en mai 1896 à Bicêtre où il est pensionnaire. Il présente un énorme prolapsus du rectum qu'il maintient dans un sac de caoutchouc. Il est content de son sort et refuse toute intervention contre son prolapsus.

III. — *Opérations pour des cancers de l'anse oméga par la voie abdominale et par la voie vaginale.*

Dans mes deux observations de cancers de l'S iliaque, j'ai commis la même erreur de diagnostic en croyant à des tumeurs inflammatoires des trompes.

Dans l'observation IX, la malade présentait les signes rationnels d'une salpingite double avec deux tumeurs latérales pelviennes.

Je fis la laparotomie médiane le 30 juillet 1891 ; je trouvai des trompes peu altérées et un carcinome de l'S iliaque. Après résection de la tumeur, les deux bouts, de couleur noirâtre et d'ailleurs trop courts pour une suture circulaire, furent suturés à la peau en anus contre nature. La malade guérit de cette intervention ; elle mourut le 24 décembre 1891 à la suite d'une intervention dirigée contre son anus artificiel.

Dans l'observation X, la malade, âgée de 36 ans, avait été opérée en juillet 1895 par M. Bazy qui lui avait fait une hystérectomie vaginale pour salpingite.

Elle revint me consulter en mars 1896 avec une tumeur volumineuse et douloureuse, siégeant derrière la paroi vaginale postérieure. Je supposai qu'il s'agissait d'une poussée inflammatoire dans des annexes laissées en place. Le 16 mars 1896, j'incise le fond du vagin et j'attire avec une pince érigne une énorme tumeur que je reconnais être constituée par un cancer de l'S iliaque. Je résèque cette tumeur et je renonce à suturer les deux bouts, parce qu'ils viennent difficilement à la vulve. Je les maintiens donc en dehors avec des pinces hémostatiques.

Le 28 mars, j'établis d'abord un anus iliaque en un temps, puis je fais une incision sacrée en Y, je vais à la recherche des deux bouts pour les suturer circulairement ; malheureusement, je

trouve les parois intestinales épaissies et friables et le calibre de ces bouts est très rétréci. Je renonce à la suture circulaire et j'abandonne les deux bouts dans la plaie, après les avoir liés avec une lanière iodoformée. La plaie sacrée est fourrée d'iodoforme.

Au bout de quelques jours les matières passèrent par le vagin en même temps que par l'anus iliaque. Le 10 mai, je cautérisai le bout supérieur ouvert dans le vagin avec de la potasse caustique.

Le *21 mai*, la malade succomba à une diarrhée cholériforme. A l'autopsie on trouva un cloaque où s'ouvraient les deux bouts.

IV. — *Mortalité. Résultats éloignés.*

En résumé, sur 10 cas d'ablation du rectum, nous comptons 2 morts immédiates et 8 guérisons.

Dans l'observation IV, la mort a été causée par une broncho-pneumonie consécutive à l'éthérisation ; on peut donc éliminer ce cas comme non probant. Dans l'observation V, j'ai eu le tort d'opérer un malade à peu près inopérable, chez lequel l'uretère droit fut arraché.

En résumé, en limitant l'opération aux cas opérables, nous aurions eu une mortalité nulle.

Les deux cas de mort ont été observés dans les opérations de Kraske qui sont au nombre de 6. Il n'y a pas eu de mort immédiate dans les opérations par la voie ano-périnéale ni dans les cancers de l'S iliaque.

Voyons maintenant les suites éloignées au point de vue de la récidive de la guérison définitive et des troubles fonctionnels.

Sur les 8 cas qui ont survécu à l'opération, nous devons en éliminer deux qui ne sont pas démonstratifs au point de vue de la récidive : ce sont les cas n° 9 et n° 10. Dans le premier cas, la malade opérée pour un cancer de l'S iliaque a succombé à une opération ultérieure destinée à fermer l'anus contre nature.

Dans le second cas (obs. X, cancer de l'S iliaque réséqué par le vagin), la malade est morte de diarrhée cholériforme.

Il nous reste donc 6 cas dont 3 ont récidivé plus ou moins rapidement. Dans l'observation VI, la malade est morte en moins de trois mois de généralisation. Dans l'observation II, la malade, opérée en avril 1894, est morte en mars 1896 d'une récidive probable. Ici, la survie est appréciable. Je remarque en passant que ce cancer de la cloison recto-vaginale était très étendu et à peine opérable.

Enfin, dans l'observation III, le malade opéré le 25 juillet 1894 présentait en mai 1896, une masse néoplasique volumineuse dans la fosse ischio-rectale ; cependant, l'état général était excellent et

la défécation facile et régulière. En somme, survie relativement considérable avec excellente santé et absence de douleurs. A supposer même que tous les malades opérés dussent récidiver dans les mêmes conditions, l'opération n'en resterait pas moins indiquée parce qu'elle fournit plusieurs années de santé physique et morale parfaite. En outre, il faut encore remarquer que nombre de malades pourraient être réopérés avec succès.

Aux trois récidives que nous venons de noter, nous opposerons trois guérisons sans récidive. La malade de l'observation VII, opérée le 10 août 1894, est sans récidive en avril 1896 ; la malade n° 1 opérée, le 2 août 1894, est sans récidive en mai 1895. Enfin, fait très intéressant, le nommé Chamouland, opéré, le 19 mai 1891, d'un cancer jugé inopérable par un de nos collègues, est encore en très bonne santé en juin 1896 et sans récidive après cinq ans.

Dans quatre observations nous pouvons noter les résultats fonctionnels éloignés.

Dans l'observation III, où l'opération de Kraske a été suivie de la section circulaire du rectum, j'ai constaté, après l'opération, la présence d'un croissant antérieur correspondant au diaphragme qu'occasionne la suture de Lembert. Ce diaphragme manquait en arrière parce que la réunion avait échoué partiellement ; il en était résulté une fistule qui guérit spontanément en quelques semaines.

J'attribue la rapidité et la facilité de la guérison à ce que je n'avais pas tenté la réunion immédiate ; j'avais, au contraire, bourré la plaie ; l'infection par la fistule intestinale a été réduite au minimum. Au contraire, si la peau avait été suturée, nous aurions eu une infection très grave qui aurait agrandi la fistule intestinale et aurait rendu la guérison spontanée impossible.

Dans l'observation I, l'ablation de l'anus et de l'extrémité inférieure du rectum explique l'incontinence des matières liquides ; mais je note expressément que nous n'avons ici ni atrésie de l'anus, ni prolapsus. L'atrésie a été évitée par la suture de la muqueuse à la peau. J'attribue dans l'espèce l'absence de prolapsus à ce que j'ai fait subir au rectum une torsion d'un tour complet, comme l'a indiqué Gersuny. Cette pratique procure un rétrécissement appréciable au doigt, malheureusement le sphincter artificiel ainsi formé ne peut se contracter énergiquement sous l'influence de la volonté comme le sphincter normal.

Il faut donc retenir ce fait que la torsion de Gersuny paraît susceptible d'empêcher le prolapsus rectal.

Malheureusement, elle n'est pas toujours possible, car elle exige un intestin long et très mobile.

Dans l'observation VII, une résection ano-sacrée a été suivie d'un prolapsus rectal et vaginal ; dans l'observation VIII, d'un énorme prolapsus rectal — les complications sont très ennuyeuses pour les malades et il serait très important de les éviter. On le pourrait peut-être en utilisant la torsion de Gersuny, ou bien, lorsque celle-ci est impossible, en abandonnant le bout supérieur au fond de la plaie au lieu de le suturer à la peau. La cicatrisation provoquerait dans ces conditions une atrésie qu'il serait facile de faire disparaître ultérieurement par des débridements prudents.

Il va de soi que, lorsque la suture des deux bouts est possible dans de bonnes conditions, il sera formellement indiqué de l'exécuter.

Avant de terminer cette analyse de mes observations, je dois remarquer que les résultats que j'ai obtenus dans le traitement du cancer du rectum sont très encourageants. La mortalité assez restreinte, 20 0/0, tombe à zéro quand on examine les faits de près.

Les résultats éloignés sont aussi très satisfaisants, puisque nous comptons, sur 6 cas, une survie de deux ans avec santé parfaite chez un malade qui présente une récidive.

Notons encore trois cas sans récidive après deux ans, deux ans et cinq ans, soit 50 0/0 de guérisons prolongées.

Je crois donc qu'il faut en revenir des appréciations un peu poussées au noir de mon ami M. Morestin. Je crois que l'opération de Kraske faite avec soin est peu dangereuse et que le cancer du rectum est peut-être un de ceux qui récidivent le moins.

Pour ma part, j'ai observé des récidives beaucoup plus nombreuses dans les cancers des autres régions.

V. — *Technique opératoire de l'opération de Kraske.*

De l'anus iliaque préliminaire ou simultané. — J'estime que la dérivation des matières par l'anus iliaque est souvent utile et parfois indispensable.

Elle est indispensable quand on ne peut dépasser le rétrécissement cancéreux et laver facilement le bout supérieur.

Elle est utile dans tous les cas pour éviter l'infection de la plaie par les matières et pour protéger la suture circulaire quand elle a été possible.

C'est qu'en effet nous n'avons pas de moyens d'empêcher les selles, et, malgré le régime lacté, malgré l'opium, nous ne sommes jamais certains qu'une débâcle inopinée ne viendra pas infecter la plaie.

L'anus iliaque peut être fait dans la même séance (anus simul-

tané) ou quelque temps avant l'opération de Kraske (anus préliminaire).

L'anus iliaque simultané prolonge désavantageusement une opération grave et toujours trop longue. Je préfère, pour ma part, l'anus préliminaire fait deux jours d'avance à la cocaïne. De cette façon, on ne fatigue pas les malades comme avec le chloroforme.

L'anus iliaque étant peu éloigné de la plaie sacrée, celle-ci peut se trouver souillée par les matières provenant de l'anus artificiel. On éviterait cet inconvénient en faisant l'anus sur le colon transverse. C'est, du reste, ce que je compte faire à l'avenir.

Deux jours avant l'anus artificiel, on mettra le malade au régime lacté exclusif. Deux fois par jour, on lavera le bout supérieur du rectum à l'eau boriquée au moyen d'une sonde de Budin à double courant, introduite par l'anus jusqu'au-dessus du cancer.

Incision cutanée. — J'ai utilisé, dans la plupart de mes observations, l'incision linéaire de Kraske. Dans un cas, j'ai employé celle de Hégar en Y, mais je reprocherai à cette incision de fournir un lambeau à sommet pointu qui se sphacèle fréquemment et laisse le sacrum exposé.

Il serait préférable de faire une incision en Ụ qui fournirait un lambeau s'appliquant par son poids sur la tranche du sacrum qu'elle protègerait contre les infections venues du dehors. Le bord inférieur du lambeau correspondrait au sommet du coccyx.

Sections osseuses. — L'ablation du coccyx me paraît indispensable ; il n'en est pas de même de la résection du sacrum. Il m'a semblé qu'en débridant de chaque côté sur les bords du sacrum, et en décollant à la rugine la face antérieure de cet os, on avait autant de place qu'avec la résection sacrée.

Cette résection n'est pas indifférente, car dans les plaies exposées à l'infection le sacrum peut se nécroser ; il peut aussi, par l'infection de son tissu spongieux riche en veines, injecter en masse les germes septiques dans le système sanguin de l'individu.

Quoi qu'il en soit, si on est obligé de réséquer le sacrum, on n'en enlèvera que le sommet extrême ou une moitié latérale, comme Kraske l'a recommandé.

Les résections temporaires, si à la mode dans les pays étrangers de Heineke Jeannel, Kocher, Lévy, Roux, Rehn et Rydygier, me paraissent fort peu recommandables ; elles n'ont aucun avantage et, en revanche, elles ont de grands inconvénients en exposant à la nécrose lorsque la plaie s'infecte.

Traitement des deux bouts. — Lorsque l'anus est pris avec le

rectum, on n'a qu'à fixer le bout supérieur à la peau. Je recommande tout particulièrement d'employer la torsion de Gersuny pour éviter le prolapsus.

Quand la partie inférieure du rectum est intacte, on a deux bouts à sa disposition. Comment convient-il de les traiter ? Faut-il faire la suture circulaire complète ou incomplète, ou suturer le bout supérieur à la peau en anus contre nature, ou bien introduire le bout dans le bout inférieur et le suturer à la peau de la région anale ?

L'idéal est sans contredit de faire la suture circulaire complète et hermétique.

Elle a donné un beau résultat à M. Pozzi et à moi-même, malgré une fistulette guérie spontanément et rapidement.

D'autres auteurs ont eu des déboires d'où sont nées les autres manières que nous avons énumérées. Les échecs de la suture circulaire me paraissent dus ou bien à ce que la suture intestinale a été mal faite, ou bien à ce que les deux bouts étaient trop courts, ou privés de leur mésentère.

La suture circulaire partielle me paraît mauvaise, car elle ne permet guère le rétablissement ultérieur de la continuité du rectum. Mieux vaut fixer d'emblée le bout supérieur à la peau, comme nous allons le dire.

Le bouton de Murphy est souvent contre-indiqué dans l'espèce, à cause de l'épaisseur des parois rectales.

Quand les bouts ne peuvent être réunis dans de bonnes conditions, il convient de les suturer à la peau en faisant la torsion de Gersuny sur le bout supérieur.

Si le bout supérieur est trop court pour permettre la torsion, on l'abandonnera dans la plaie sans le suturer à la peau, pour éviter les chances de prolapsus. Cette manière de faire expose, il est vrai, à l'atrésie, mais il est facile de remédier à cet inconvénient par des débridements prudents.

Si le bout supérieur est très élevé et intra-péritonéal, il est préférable de fermer ce bout en cul-de-sac et d'établir un anus iliaque ou transverse définitif.

Le procédé d'Hochengg, qui invagine le bout supérieur dans l'inférieur sans enlever la muqueuse, est essentiellement défectueux ; j'en ai eu la preuve dans une observation que je vous ai présentée en 1894 et dans laquelle j'avais réséqué un prolapsus du rectum et suturé le bout supérieur à la peau de l'anus.

Au bout de quelques jours, le bout supérieur ayant coupé ses sutures commença à remonter, il atteignit l'extrémité supérieure du bout inférieur, puis remonta encore ; puis, la cicatrisation s'effectuant, il se fit une oblitération complète entre les deux bouts ; je

dus faire un anus sacré avec torsion à la Gersuny qui me donna un excellent résultat.

Moulonguet conseille d'enlever la muqueuse du bout inférieur pour que le bout supérieur se soude *in situ*, mais cette manœuvre est longue, délicate et prolonge une opération déjà trop longue.

D'ailleurs, pour procéder à la façon d'Hochenegg, il faut avoir des bouts très longs, et dans ce cas la suture circulaire est toujours possible et c'est elle qu'il faudra exécuter.

Hémostase. — Dans mon observation VI, j'ai constaté qu'après l'ablation des pinces les tissus ne saignaient pas. Depuis lors dans mes 4 autres cas, j'ai fait les mêmes remarques et je n'ai pas eu à faire d'hémostase.

Suture de la plaie. — La suture hermétique de la peau est extrêmement dangereuse, car les grandes plaies anfractueuses sont très exposées à l'infection pendant l'opération d'abord, par l'ouverture de l'intestin, et ensuite après l'opération par les souillures urinaires, vulvaires et fécales.

La suture avec drainage n'est qu'une demi-mesure et je crois formellement indiqué de laisser la plaie largement ouverte et de la bourrer. En adoptant le trait que j'ai indiqué (incision en Ų), on suturerait les bords du lambeau et on laisserait le reste béant.

On évitera de bourrer avec une grande quantité de gaze iodoformée qui pourrait intoxiquer les malades.

Je conseille plutôt la gaze aseptique contacturée imbibée d'eau phéniquée faible et exprimée.

VI. — *Indications opératoires d'après le siège du cancer.*

Nous distinguerons les cas suivants :

1° Cancers de la cloison recto-vaginale ; 2° cancers inférieurs ; 3° cancers de la région moyenne ; 4° cancers élevés ; 5° cancers recto-coliques.

1° *Cancers de la cloison recto-vaginale.* — Ces cancers nécessitent une incision encadrant l'anus en arrière, empiétant sur la vulve et sur la paroi vaginale postérieure. Pour éviter le prolapsus rectal fatal, on établira un anus iliaque définitif et on fermera en cul-de-sac l'orifice rectal ouvert au périnée.

2° *Cancers inférieurs.* — Ils sont limités ou étendus.

Les cancers limités s'enlèvent facilement par une incision circulaire autour de l'anus, on décolle le rectum assez haut ; au besoin, on ajoute à l'incision circulaire l'incision linéaire de Denonvilliers et la résection du coccyx de Verneuil et Terrier ; on résèque les

parties malades et on suture à la peau le bout supérieur tordu à la Gersuny.

Je dois une mention spéciale au procédé d'Hartmann applicable aux petits cancers annulaires facilement accessibles.

Cet auteur saisit le point rétréci avec une pince érigne comme s'il s'agissait d'un utérus cancéreux. Il incise circulairement en tissus sains, il décolle le bout supérieur, résèque le cancer et suture les deux bouts par les voies naturelles. Ce procédé est très satisfaisant et il m'a paru d'exécution facile.

Les cancers inférieurs, remontant très haut, seront traités par l'incision circulaire péri-anale qu'on raccordera à l'incision sacrée.

3° *Cancers de la région moyenne.* — Deux voies sont en présence : la voie sacrée, à laquelle je donne la préférence, et la voie vaginale, préconisée par Campenon et Rehn.

Je ferai les reproches suivants à la méthode vaginale :

Après avoir réséqué le rectum et fait la suture circulaire de l'intestin, on suture l'incision vaginale, ou bien on la laisse largement ouverte.

Dans le premier cas on s'expose à des accidents graves si la suture intestinale cède ou si la plaie a été infectée d'une autre façon.

D'autre part, si on ne suture pas le vagin, on verra survenir presque fatalement une fistule recto-vaginale, un prolapsus recto-vulvaire, et souvent une atrésie considérable du bout supérieur.

4° *Cancers élevés.* — J'appelle cancers élevés ceux dont on n'atteint qu'à peine l'extrémité inférieure avec le bout du doigt. Quelques-uns de ces cancers peuvent être enlevés par la voie sacrée, mais d'autres remontent trop haut pour être justiciables de cette voie. Par contre, tous ces cancers élevés peuvent être facilement enlevés par la voie abdominale. C'est donc, dans l'espèce, le procédé de choix.

On fera au préalable l'anus artificiel préliminaire sur le côlon transverse, afin de n'être pas gêné pour l'opération ultérieure ; on fera ensuite la laparotomie médiane sous-ombilicale dans la position de Trendelenburg. Après résection de la tumeur, les deux bouts seront suturés circulairement si la chose est possible et facile ; dans le cas contraire, on les fermera tous deux en cul-de-sac et l'anus transverse restera définitif.

5° *Cancers recto-coliques.* — Ces cancers qui, descendant très bas, remontent très haut sont seuls justiciables des voies abdomino-périnéales préconisées par Gaudier, Chalot et Quénu. Tandis que les premiers commencent l'opération par l'abdomen, M. Quénu la commence par la région sacrée.

Pour ma part, je préférerais commencer par l'abdomen, parce que, en commençant par la voie sacrée, on n'est pas sûr de garder ses mains aseptiques, et qu'on risque d'inonder ultérieurement le péritoine.

Voici la marche que je conseillerais :

Faire d'abord l'anus préliminaire sur le côlon transverse ;

Deux jours après, laparotomie médiane sous-ombilicale en position inclinée ; sectionner l'S iliaque au-dessus de la tumeur, fermer le bout supérieur en cul-de-sac, oblitérer le bout inférieur par une ligature fortement serrée ;

Sectionner le méso-rectum le plus bas possible et le lier ;

Fermer l'abdomen ;

Faire l'incision sacrée et enlever toute la tumeur par cette voie ;

Bourrer la plaie sacrée à la gaze aseptique.

Résumé et conclusions.

Sur 10 résections du rectum, je compte 8 guérisons et 2 morts (1 par broncho-pneumonie par Ether, 1 par déchirure de l'uretère dans un cas presque inopérable).

Sur 6 cas qui ont été suivis, je compte 2 récidives assez rapides ; 1 malade opéré depuis deux ans présente une récidive avec santé parfaite et pas de troubles fonctionnels ; et 3 cas (50 0/0) sont sans récidive depuis 2, 2 et 5 ans.

Dans deux cas, il n'y a pas eu de prolapsus ; dans l'un, j'avais fait la suture circulaire, dans l'autre, j'avais tordu le bout supérieur à la Gersuny. Dans 2 autres cas où ces précautions n'avaient pas été prises, j'ai observé le prolapsus.

L'opération de Kraske est peu dangereuse et d'après mon expérience le cancer du rectum est un de ceux qui récidivent le moins.

Technique opératoire. — Je conseille de faire deux jours d'avance l'anus préliminaire sur le côlon transverse.

Incision cutanée en ꟾ.

Réséquer le coccyx et respecter le sacrum, autant que possible suturer circulairement les deux bouts ; en cas d'impossibilité, fixer à la peau le bout supérieur tordu à la Gersuny.

Le procédé de Hochengg (invagination du bout supérieur dans l'inférieur) me paraît devoir être rejeté.

Les ligatures sont inutiles.

On ne suturera pas la peau.

On bourrera la plaie à la gaze aseptique imbibée d'une solution phéniquée faible.

Résumé des indications.

Cancers de la cloison recto-vaginale. — Les enlever par une incision périnéale ;

Fermer le bout supérieur du rectum en cul-de-sac ;

Assurer l'écoulement des matières par un anus iliaque ou transverse définitif.

Cancers inférieurs. — *a*) *Limités.* Incision circulaire avec incision de Denonvilliers et résection du coccyx (Verneuil, Terrier).

Suture à la peau du bout supérieur tordu à la Gersuny.

Le procédé d'Hartmann (ablation par les voies naturelles) est très recommandable ; — *b*) *Étendus.* Combiner l'incision péri-anale et l'incision sacrée.

Cancers de la région moyenne. — La voie sacrée est préférable à la voie vaginale.

Cancers élevés. — Il faut les attaquer par l'abdomen.

Cancers recto-coliques. — Ils sont justiciables de la voie abdomino-sacrée.

Obs. I. — *Carcinome ano-rectal. Extirpation par la voie ano-périnéale Torsion du bout supérieure à la Gersuny. Guérison sans récidive depuis deux ans; pas de prolapsus ni d'atrésie rectale.*

Marie S..., 67 ans, pensionnaire à la Salpêtrière.

Depuis quatre ou cinq mois, elle éprouve des douleurs en allant à la selle. Il y a deux mois, elle constate sur le bord gauche de l'anus la présence d'une tumeur arrondie, du volume d'une noisette, dure, douloureuse, surtout au moment de la défécation. Depuis une quinzaine de jours elle a constaté du sang dans ses selles.

A l'inspection, on constate sur le côté gauche de l'anus une tumeur allongée d'avant en arrière, aplatie transversalement, divisée en plusieurs lobes. Cette tumeur est dure, ligneuse, sessile et peu mobile.

Au toucher rectal, on constate que la tumeur se prolonge dans le rectum sur une hauteur de 3 centimètres, elle envahit la paroi gauche et postérieure, la paroi antérieure est intacte. Il s'écoule, par l'anus, un liquide sanguinolent, sanieux et fétide.

Les poumons et le cœur sont sains, urines normales. La malade est presque totalement aveugle (amaurose) depuis son enfance.

Opération le 2 août 1894. — La malade a été purgée le 30 juillet ; depuis lors, elle est au régime lacté. Elle prend deux lavements boriqués par jour. Anesthésie à l'éther.

Incision circulaire péri-anale ; isolement du rectum sur une hauteur de 5 centimètres. Le rectum est sectionné au-dessus de la tumeur ; le

bout supérieur est abaissé, tordu à la Gersuny d'un tour complet, puis suturé à la peau dans cette position.

L'orifice anal étant encore trop large, j'enlève la muqueuse rectale en arrière et je rétrécis l'orifice par trois sutures aux crins.

Régime. — 10 centigrammes d'opium. Régime lacté. Pas de mèche dans le rectum. Pansement iodoformé à l'anus. Guérison rapide.

J'ai revu la malade en mai 1896, l'état général est excellent. Pas de prolapsus rectal, pas d'atrésie anale. La malade présente de l'incontinence pour les matières liquides.

Obs. II. — *Cancer ano-rectal étendu au vagin. Ablation complète. Mort deux ans après de récidive probable.*

Mme V..., 59 ans. Rien à noter dans les antécédents.

Il y a quatre ans, en 1890, elle a constaté la présence, à la région anale, d'une tumeur du volume d'un haricot, douloureuse surtout dans la défécation.

Il y a dix-huit mois, elle a eu des selles sanglantes, abondantes, avec douleurs intolérables pendant la défécation.

Elle est toujours constipée, elle se plaint actuellement de douleurs continuelles de la région anale. Depuis quinze jours, il s'écoule par l'anus une sérosité sanguinolente, sanieuse et fétide.

Examen local. — On voit à la région anale, en arrière et à gauche, une tumeur volumineuse, rouge, lobulée, friable.

Au toucher rectal, la tumeur occupe surtout les parois antérieure et gauche; elle est très volumineuse et rétrécit considérablement le calibre de l'organe; elle est lobulée, saignante, friable; elle a infiltré profondément la cloison recto-vaginale. On atteint facilement avec le doigt ses limites supérieures.

Au toucher vaginal, la muqueuse paraît saine à la surface d'une grosse tumeur sous-jacente occupant la moitié inférieure de la paroi vaginale postérieure.

Les ganglions inguinaux sont sains.

État général bon. Rien au cœur, aux poumons, ni dans les urines.

Opération le 13 avril 1894. — Je fais autour de la tumeur une incision qui la cerne complètement et qui respecte la paroi postérieure du rectum.

Après l'ablation de cette masse qui comprend la cloison recto-vaginale, il reste un vaste cloaque vagino-rectal.

Je reconstitue le périnée par les sutures au fil d'argent et aux crins.

Pansement iodoformé.

Régime lacté et opiacé.

Ultérieurement, les sutures trop tendues coupent les tissus et le cloaque se reforme. La malade guérit.

Elle est morte en mars 1896 des suites de son opération, écrit son mari. La récidive est probable, mais non certaine.

Obs. III. — *Cancer du rectum. Opération de Kraske. Suture circulaire à deux étages. Petite fistule stercorale guérie spontanément. Récidive avec santé excellente et fonctions parfaites.*

M. S..., âgé de 50 ans. Rien à noter dans les antécédents.

Il y a huit mois, le malade a commencé à éprouver des difficultés en allant à la selle.

A différentes reprises il présente de la diarrhée avec fièvre et constate du sang dans ses selles. Il éprouve aussi des sensations de brûlure à l'anus.

Puis il s'aperçoit que la canule de l'irrigateur n'entre plus que difficilement, les douleurs augmentent d'intensité, il éprouve à toutes les heures le besoin de déféquer, il perd son sang au moment des selles et souvent dans leur intervalle. Puis de petites tumeurs apparaissent à la région anale et plusieurs médecins consultés diagnostiquent hémorrhoïdes.

Le Dr Damalix reconnaît un carcinome et envoie le malade à la Salpêtrière.

Au *toucher rectal* on trouve, à 4 centimètres de l'anus, une masse bosselée, irrégulière, volumineuse, rétrécissant considérablement l'orifice rectal. On ne peut avec le doigt atteindre l'extrémité supérieure de la tumeur. La tumeur est comme invaginée dans le rectum, elle est mobile en battant de cloche ; pas d'adhérences aux parois pelviennes.

L'état général est assez satisfaisant, quoique le malade ait maigri de 6 à 7 kilogrammes. Rien au cœur, poumons, ni dans les urines.

Opération le 25 juillet 1894. — Incision sacrée médiane ; résection du coccyx et de la pointe du sacrum.

Section du rectum, d'abord au-dessous, puis au-dessus de la tumeur. Hémorrhagies abondantes d'artères situées dans le tissu graisseux qui double le rectum.

L'épaisseur de cette couche graisseuse rend impossible l'application du bouton de Murphy.

Je fais la suture circulaire du rectum à deux étages (muco-muqueux et musculo-musculeux).

Suture partielle de la peau. La plus grande partie de la plaie est laissée ouverte et bourée au diiodoforme.

La masse enlevée mesure 10 centimètres de haut. La résection a été faite en haut, juste sur les limites de la tumeur.

Au bout de quelques jours, il se fait une petite fistule stercorale en arrière ; elle guérit spontanément en quelques semaines. Au moment de sa sortie, le malade présente sur la paroi intérieure du rectum une bride en forme de croissant, ne rétrécissant que fort peu l'intestin.

J'ai revu ce malade le 23 avril 1896. L'état général est excellent ; le malade va à la selle tous les jours ; le bol fécal est du volume du pouce et un peu aplati.

Au toucher, on ne constate plus la bride en croissant, mais il existe un empâtement diffus au niveau de la prostate. A droite, dans la fosse

ischio-rectale, je trouve une tumeur du volume d'une demi-mandarine collée aux parois pelviennes et formée probablement par du tissu épithélial.

Obs. IV. — *Cancer élevé du rectum. Anus iliaque simultané. Opération de Kraske. Mort de pneumonie par éther.*

M. E..., 50 ans. L'affection a commencé il y a un an par une diarrhée qui, depuis lors, n'a pour ainsi dire pas cessé. Depuis quatre mois, le malade rend de temps à autres du sang dans ses selles.

Au toucher rectal, je trouve une tumeur d'apparence cancéreuse, élevée, facilement accessible au doigt; cette tumeur paraît adhérente au sacrum.

On n'atteint pas avec le doigt la limite supérieure de la tumeur.

Le malade est emphysémateux et tousse très fréquemment.

Le 27 août 1894, je fais d'abord un anus iliaque avec section complète de l'intestin, oblitération du bout inférieur et suture à la peau du bout supérieur tordu à la Gersuny. Dans la même séance, je fais l'opération de Kraske avec section transversale du sacrum, au-dessous du 3e trou sacré. Je résèque la tumeur qui mesure 10 centimètres de haut, sans ouvrir le péritoine. Le bout supérieur trop court, est abandonné dans la plaie, le bout inférieur est suturé à la peau.

Bourrage de la plaie à la gaze iodoformée.

Dès le lendemain de l'opération, le malade est pris d'une dyspnée très intense avec expectoration abondantes et râles sibitants et sifflants dans toute la poitrine.

Il meurt au bout de quarante-huit heures.

J'attribue cette pneumonie très intense avec dyspnée à l'éthérisation. Il s'agissait, d'ailleurs, d'un malade âgé et sujet aux inflammations broncho-pulmonaires.

Obs. V. — *Enorme cancer ano-rectal. Anus iliaque préliminaire par le procédé de la forcipressure. Déchirure de l'uretère, mort.* (Observation publiée dans la thèse de Morestin, 1894.)

Benjamin G..., 39 ans, entre le 30 juin 1891, salle Blandin, lit 19, à Saint-Antoine.

L'attention du malade a été attirée du côté de son rectum, dans le courant du mois de mai, par la difficulté d'aller à la selle. Traité d'abord pour la constipation, qui fut bientôt attribuée à une hypertrophie de la prostate. Sangsues au périnée.

A son entrée, le malade est amaigri, sans appétit et d'ailleurs tourmenté par la crainte d'augmenter, en mangeant, les matières fécales. Les selles spontanées sont complètement supprimées. Selles peu copieuses sous l'influence des purgatifs.

Entre les selles, des matières glaireuses font quelquefois issue, malgré le malade. Quelquefois, un peu de sang, douleurs irradiées dans les cuisses et la marge de l'anus.

Le malade urine facilement et sans douleur. Le traitement spécifique est essayé sans résultat.

Le 4 avril, anus iliaque avec pinces.

Le 5, ouverture de l'anse au thermo cautère.

Le 6, agrandissement aux ciseaux, extraction de scybales. Ecoulement abondant de matières.

Le 7, un verre d'eau de Sedlitz, lavage du rectum par le bout inférieur de l'anus.

Le 8, demi-verre d'eau de Sedlitz, lavage au permanganate.

Le 9, lavages à l'eau boriquée. Kraske. Résection du sacrum jusques et y compris le troisième trou sacré. Décollement de la masse cancéreuse énorme. Arrachement avec la tumeur d'une portion du bas-fond vésical dégénéré. Arrachement de l'uretère droit.

Résection de 12 centimètres du cancer avec l'anus.

Suture du bout supérieur dans la plaie.

Drainage à la gaze des culs-de-sac et de la région vésicale.

Mort au bout de quarante-huit heures.

Obs. VI. — *Cancer ano-rectal. Résection ano-sacrée. Guérison immédiate. Mort trois mois après de généralisation.* (Observation publiée dans la thèse de Morestin, 1894.)

Marie P..., 34 ans, entrée le 29 mai 1891, salle Lallemand, n° 23, à la Salpêtrière.

Antecédents héréditaires. — Insignifiants au point de vue du cancer.

Antécédents personnels. — Rien.

Il y a cinq mois et demi, douleurs vers le coccyx et l'anus plus intenses la nuit, Calmées par la défécation. Elles ont toujours persisté. Il y a six semaines, défécation avec des difficultés, enfin depuis quelques jours, pertes de petites gouttes de sang et de glaires.

Difficulté de la miction ; une fois, la malade a eu de la rétention d'urine, pendant toute une journée. De chaque côté, ganglions inguinaux, petits et mobiles, légèrement douloureux.

Cancer du rectum, anfractueux et friable. La tumeur commence à 1 cent. 1/2 de l'anus, se prolonge en hauteur et occupe toute la circonférence de l'intestin. A la partie supérieure, intestin très rétréci, admet à peine le bout de l'index.

Purgatifs, Sedlitz le 6 juin, lavages boriqués, bouillon le 6 et le 7. Diète absolue à partir de 5 heures du soir.

8 juin. Incision verticale de 15 centimètres. Extirpation du coccyx et d'une petite portion du sacrum. Isolement du rectum et aussi du vagin et de l'utérus.

Pincement des pédicules latéraux du rectum avec de grandes pinces.

Décollement avec les doigts. Le péritoine à gauche et, par la fente, proéminent le fond de l'utérus et la trompe gauche. Section du rectum à 3 centimètres au-dessus de l'anus.

Le doigt dans le vagin le protège de temps en temps. Le bout supérieur est pincé avec une pince à crémaillère.

Suture du péritoine, trois points séparés. Suture du rectum à la peau, vers le tiers moyen de la plaie. La partie supérieure de celle-ci est rétrécie par un point de suture.

Tout est fortement bourré de gaze iodoformée. Bandage en T. Alèze en cravate fixée au lit, comprimant fortement le périnée.

10 centigrammes d'opium, diète. Guérison opératoire. Mort trois mois après de généralisation.

Cancer dans le maxillaire et le péritoine.

Obs. VII. — *Cancer ano-rectal. Opération de Kraske. Guérison sans récidive après deux ans.*

Marie-Jeanne D..., 44 ans, entre salle Lisfranc, à Saint-Antoine, avec le diagnostic d'hémorrhoïdes procidentes étranglées.

Il y a deux mois et demi, la malade éprouve une sensation de froid dans le fondement; surviennent ensuite des envies fréquentes d'aller à la selle. Les matières conservent leur consistance habituelle, mais sont striées de sang. La malade dépérit, elle a de l'inappétence ; apparition de flueurs blanches.

Depuis trois semaines la malade rend avec ses matières du sang et des eaux rousses. Les douleurs sont intenses, comparables à une brûlure, et continues.

Il y a quinze jours, pendant un effort de défécation, une tumeur a fait issue par l'anus, en même temps que s'écoulait une grande quantité de sang.

A l'inspection de l'anus, on constate une petite tumeur du volume d'une noisette, végétante, dure, saignant facilement, d'aspect cancéreux en un mot.

Pas d'hémorrhoïdes.

Au toucher rectal, on constate une tumeur bosselée, volumineuse, partant de l'anus, remontant jusqu'à 6 ou 7 centimètres dans le rectum et siégeant surtout sur sa paroi antérieure.

La tumeur est mobile sur les parties voisines. La paroi vaginale est intacte.

Pas de ganglions inguinaux ni pelviens appréciables.

Opération le 10 août 1894. Incision sacrée médiane, prolongée jusqu'à l'incision circulaire périanale. Libération du rectum, résection de 10 centimètres de cet organe.

Le bout supérieur est fixé à la plaie sacrée, mais on ne peut faire la torsion de Gersuny à cause de sa brièveté.

Bourrage iodoformé de la cavité opératoire. Changement de pansement tous les jours. La malade sort guérie au bout de deux mois.

Je l'ai revue le 28 avril 1896. Il n'y a pas de récidive, mais il existe un volumineux prolapsus rectal et vaginal.

L'état général est bon, mais la malade présente des troubles mentaux avec mélancolie.

Obs. VIII. — *Cancer ano-rectal. Opération de Kraske. Guérison sans récidive depuis cinq ans. Enorme prolapsus rectal.* (Observation publiée dans la thèse de Morestin, 1894.)

Antoine Ch..., 59 ans. Pas d'antécédents importants à noter.

En décembre 1890, le malade a commencé à éprouver des douleurs pendant la défécation. Il a eu depuis lors des alternatives de diarrhée et de constipation et des selles glaireuses et sanguinolentes.

Les douleurs de la défécation sont devenues comparables à une brûlure.

A l'inspection, l'anus ne présente rien d'anormal.

Au toucher, on constate la présence de masses fongueuses, friables, saignantes, étendues depuis 1 centimètre au-dessus de l'anus jusqu'à la limite du doigt. La tumeur est énorme et rétrécit l'intestin. Un chirurgien des hôpitaux refuse de l'opérer.

Le 19 mai 1891, incision sacrée médiane de 15 centimètres de long, prolongée jusqu'en avant de l'anus qu'elle cerne.

Résection du coccyx et du sommet du sacrum.

L'isolement du rectum est assez difficile. Le rectum est coupé au-dessus de la tumeur, puis extirpé de haut en bas avec l'anus.

Le bout supérieur est suturé à la peau de la partie moyenne de la plaie. Le reste de la plaie est bourré à l'iodoforme.

Guérison rapide.

J'ai revu ce malade en avril 1896 à Bicêtre, où il est pensionnaire. Sa santé est parfaite, il n'a pas trace de récidive, mais il existe un énorme prolapsus rectal qu'il porte dans un sac de caoutchouc. Il ne souffre pas de cette infirmité et refuse toute opération ayant pour but de la supprimer.

Obs. IX. — *Carcinôme de l'S iliaque. Résection. Anus contre nature. Guérison. Fermeture de l'anus contre nature par excision losangique. Sutures tiraillées insuffisantes. Mort.* (Observation publiée en 1894 à la Société de chirurgie, dans un travail sur le traitement des anus contre nature.)

Laure P..., âgée de 26 ans, a eu à 16 ans un érysipèle de la face.

A 21 ans, elle a accouché normalement, les suites de couches ont été simples.

Depuis six ans, elle accuse des douleurs au moment des règles, siégeant dans le bas-ventre.

Ces douleurs s'accompagnent de besoins fréquents d'aller à la selle. La malade a aussi, depuis cette époque, des pertes blanches plus abondantes.

Depuis un an et demi les douleurs sont devenues beaucoup plus vives, avec irradiations dans les reins, les cuisses et les fosses iliaques, surtout pendant la période menstruelle.

Les règles durent trois jours seulement et sont peu abondantes. L'appétit est diminué, la malade présente des signes de dyspepsie

flatulente. Elle a fréquemment de la diarrhée. Rien aux poumons ni au cœur, pas d'amaigrissement, pas d'albuminurie. L'examen physique montre un utérus de volume normal, en situation normale, antéfléchi, mobile.

On trouve dans les culs-de-sac vaginaux, à gauche, une masse salpingienne, du volume d'un œuf de poule, se continuant avec un empâtement considérable de la fosse iliaque; à droite, tumeur moins volumineuse. On pose le diagnostic de salpingite.

Opération le 30 juillet 1891. — Laparotomie médiane. A droite et à gauche, les ovaires sont petits et les trompes sinueuses violacées, reliées par des adhérences à l'ovaire et aux organes voisins. Salpingectomie double.

On trouve sur l'S iliaque une tumeur énorme du volume d'un œuf d'oie, constituée par un cancer de cet organe. Le gros intestin est coupé entre 2 pinces, au-dessus et au-dessous de la tumeur. L'opération est pénible à cause des masses graisseuses volumineuses qui recouvrent l'intestin et qui saignent considérablement.

Après ablation de la tumeur, on s'aperçoit que les deux bouts ne peuvent qu'avec peine être amenés en contact; leur muqueuse a pris sous l'influence de la compression par les pinces une teinte apoplectique.

Pour toutes ces raisons, je renonce à la suture intestinale, et j'établis un anus contre nature en fixant les deux bouts à la peau.

Examen. — Les trompes enlevées présentent des lésions de salpingite catarrhale : les franges du pavillon sont hypertrophiées, l'orifice abdominal est perméable.

La tumeur intestinale est constituée par un cancer végétant qui a rétréci médiocrement l'intestin, elle pèse 180 grammes.

La malade guérit de cette intervention.

Le 14 septembre 1891, je fais une application de pince entérotome sur un éperon très épais; les mors de l'instrument chevauchent et il tombe le 16 septembre.

Le 21, la malade étant anesthésiée, je fais aux ciseaux la section de l'éperon sans ouvrir le péritoine, la brèche de l'éperon est tamponnée à la gaze iodoformée.

Les selles ne se rétablissent pas par l'anus vrai.

Le 21 octobre, laparotomie. Incision verticale au-dessus et au dessous de l'anus contre nature.

Isolement de l'intestin adhérent à la paroi. A gauche de l'orifice anormal, on rencontre un cloaque purulent contenant environ 30 grammes de pus; évacuation et désinfection du cloaque au sublimé et à la teinture d'iode.

Je résèque les bords friables de l'orifice intestinal, puis je place un étage de sutures séro-séreuses pour fermer cet orifice, mais les sutures produisent un rétrécissement notable.

Je fais en avant une fente verticale, j'excise les sommets des lambeaux et je suture les bords contigus du losange (excision losangique).

Les sutures sont tellement tendues que je ne puis en placer un second étage.

Drainage du cloaque à la gaze iodoformée. Suture partielle de la paroi abdominale. La malade mourut le 24 octobre, on trouva à l'autopsie une péritonite aiguë par sutures insuffisantes.

Obs. X. — *Cancer de l'S iliaque. Ablation par le vagin, établissement d'un anus vaginal. Plus tard, anus iliaque et incision sacrée exploratrice. Mort de diarrhée cholériforme.*

Mme B..., âgée de 36 ans, a eu neuf enfants. A la suite de son dernier accouchement elle a présenté des phénomènes douloureux; avec métrorrhagie et péritonisme. En juillet 1895, M. Bazy lui fait l'hystérectomie vaginale.

Malgré cette opération, les douleurs persistent; il y a trois semaines, elles augmentent de violence, la température s'élève et on constate au toucher la présence dans le cul-de-sac vaginal postérieur d'une énorme tumeur remplissant tout le douglas et ressemblant à une salpingite volumineuse enflammée.

Le 16 mars 1896, incision transversale au fond du vagin, j'arrive sur une grosse tumeur siégeant à gauche. Je la saisis avec des pinces érignes et je l'attire dans le vagin.

Je constate alors qu'il s'agit de l'S iliaque cancéreux. Je résèque un segment d'intestin de 15 centimètres comprenant la tumeur.

Les deux bouts étant trop courts pour que la suture circulaire soit facile à exécuter, je les maintiens à la vulve avec des pinces hémostatiques saisissant les orifices intestinaux.

Le 28 mars, j'exécute l'anus iliaque en un temps. Je fais ensuite une incision sacrée en Y et j'enlève le coccyx seul. J'isole les deux bouts avec l'intention de les suturer circulairement, mais ils sont courts et épais, ce qui rend l'opération très aléatoire. Je lie les deux bouts à la gaze iodoformée, je bourre la plaie et je fais sortir la mèche par le vagin; tandis qu'en arrière je ferme hermétiquement la plaie cutanée. Les jours suivants la plaie sacrée se désunit puis bourgeonne et se ferme.

Les matières continuent à passer par le vagin; le 28 avril j'introduis dans le bout supérieur inséré au vagin un crayon de chlorure de zinc; je recommence le 5 mai; les matières passent encore.

Le 10 mai j'introduis dans le bout supérieur un crayon de potasse caustique.

Le 18 mai, diarrhée cholériforme avec algidité; le 20 mai, deux selles sanglantes; le 21 mai mort.

A l'autopsie on trouve un cloaque pelvien où débouchent les deux bouts d'intestin et le vagin; ce cloaque est rempli de sang et de matières fécales.

En résumé la malade paraît avoir succombé à des accidents cholériformes assez fréquents d'ailleurs chez les malades atteints d'anus contre nature.

Lecture.

M. Potherat lit une observation de myxome de l'ovaire (M. Bouilly, rapporteur).

Présentation de malades.

M. Chevassus présente un malade trépané pour une fracture avec enfoncement du pariétal droit (M. Picqué, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
Quénu.

Séance du 24 juin 1896.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. Chaput, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

3° Lettres de MM. Rochard, Potherat, Guinard et Hartmann, qui se portent candidats à la place de membre titulaire.

Suite de la discussion sur la cholédocotomie.

M. Quénu. — Mes collègues ont insisté à juste titre sur la nécessité de bien examiner les hépatiques avant de les opérer. M. Mi-

chaux veut qu'on sache l'état du foie et semble faire une contre-indication de l'âge des malades, ce qui, entre parenthèse, est en contradiction avec les résultats donnés par l'opération de M. Lejars. M. Ricard recommande de ne pas s'exposer à faire des interventions inutiles, c'est-à-dire nuisibles. Ce n'est certes pas moi qui m'élèverai contre des conseils ayant pour but d'assurer au diagnostic une grande précision; mais cette précision, dans l'état actuel de la pathologie hépatique, est-elle possible? Devons-nous subordonner notre intervention à l'établissement d'un diagnostic certain? Voilà ce à quoi je ne puis souscrire. Si nous suivions ces préceptes, certes nous ferions en moins quelques opérations de simple exploration, mais en revanche nous laisserions échapper des cas où notre intervention apporte au malade le salut.

C'est imbu de ces idées que j'ai présenté l'an dernier, à cette Société, un mémoire sur l'exploration méthodique du cholédoque.

Je rapportais trois observations d'ictère chronique avec décoloration des matières fécales, montrant qu'après des examens faits par des hommes les plus compétents, tels que M. Chauffard, le diagnostic n'avait pu être assuré que par la laparotomie; que dans un cas, nous avions trouvé une cirrhose spéciale, dans un second cas, une petite nodosité épithéliale dans l'épaisseur du pancréas, sur le trajet du cholédoque, que dans le troisième cas seul il existait de la lithiase biliaire.

La communication dernièrement faite par M. G. Marchant ne saurait me contredire. Sur 4 malades atteints de rétention biliaire opérés, notre collègue a trouvé : une fois de l'angiocholite; une fois de la sclérose du pancréas; deux fois, un calcul du cholédoque.

Sans doute, un diagnostic probable est assez souvent possible : l'âge avancé des malades, l'amaigrissement, la cachexie progressive, l'augmentation de volume de la vésicule biliaire, tous ces signes militent en faveur d'un carcinome des voies biliaires; l'un peut manquer ou se retrouver dans l'obstruction simple du canal commun. L'existence de coliques hépatiques antérieures n'est pas même faite pour donner toute certitude, l'obstruction du cholédoque pouvant être le premier signe de la lithiase biliaire et, d'autre part, la lithiase biliaire n'excluant pas, bien au contraire, la coexistence d'un néoplasme.

Que dire d'une plus grande précision diagnostique portant sur l'état anatomique du foie? Ni le taux de l'urée, ni l'épreuve de la glycosurie expérimentale ne peuvent donner d'indication certaine; j'en conclus, comme l'an dernier, que dans les cas douteux, en face d'une rétention biliaire de deux ou trois mois, que n'a pas améliorée le traitement médical, il faut assurer le diagnostic par une laparotomie exploratrice, cela d'autant plus que si la fièvre persistante indique

l'infection biliaire, on est à même de secourir les malades, même en l'absence de toute lithiase, soit par la création d'une fistule cutanée, soit par la choécystentérostomie.

Le deuxième point discuté a rapport au choix de l'incision de la paroi abdominale. M. Michaux se prononce en faveur de l'incision latérale : je défends la médiane. Je prétends, et M. Ricard est de mon avis, qu'il est infiniment plus facile d'explorer de la sorte le cholédoque et c'est sur le cholédoque que se porte l'attention : l'exploration de la vésicule, dans ces cas, passe au second plan ; de plus, la facilité de l'hémostase, l'absence de plans musculaires à sectionner militent pour l'incision médiane. Je réserve donc l'incision latérale pour les lithiases vésiculaires.

J'arrive enfin à la question que je veux le plus développer, et qui me paraît présenter un très gros intérêt : je veux parler de la multiplicité des calculs cholédoquiens.

Les difficultés du traitemeni et la gravité vont ressortir du simple exposé de mon observation.

M. Chauffard fit passer dans mon service, au mois de mars dernier, une jeune femme de 28 ans, atteinte d'ictère prononcé depuis le 20 novembre dernier. Comme antécédents, nous avions à relever chez cette femme deux attaques de rhumatisme articulaire aigu et des coliques hépatiques. Les premières survinrent à l'âge de 18 ans ; il y eut à cette époque toute une série de crises presque quotidiennes pendant trois mois, puis les douleurs cessèrent pour reparaître, moins violentes toutefois, à l'âge de 24 ans.

Le 20 novembre 1895, sans prodromes douloureux, l'ictère apparut, augmenta malgré les traitements médicaux et se prononça de plus en plus. Au bout d'un mois, les matières fécales étaient complètement décolorées. On essaya vainement diverses médications, telles que le benzoate de naphtol, les sels de Vichy, etc.

L'appétit s'est conservé, il y a eu peu ou pas de fièvre. Au moment de notre examen, ictère intense à reflets verdâtres, foie augmenté de volume, matité dans la ligne mamelonnaire de 13 centimètres. Estomac dilaté, urines chargées de bile sans albumine ni sucre, matières fécales décolorées.

Opération le 26 mars, sous le chloroforme. — Incision médiane sus-ombilicale, recherche de la vésicule qu'on trouve petite et ratatinée ; le doigt gauche étant introduit dans l'hiatus de Winslow, l'index droit reconnaît l'existence de calculs le long du cholédoque dans sa portion sus-duodénale ; incision de 15 millimètres sur le calcul, que fait saillir un aide, dont le doigt a remplacé l'index gauche du chirurgien. Au-dessus on sent d'autres calculs, on les fait filer vers l'incision par pression ; on extrait ainsi trois calculs gros comme des noyaux de cerise. Mais on sent ensuite d'autres petits calculs qui descendent ; avec une sonde cannelée introduite dans le bout hépatique, on retire successivement

32 calculs. Une fine sonde en gomme introduite, dans le bout duodénal, paraît libre de pénétrer dans l'intestin. La bile coule librement par la plaie cholédoquienne.

Suture par 2 rangées de catgut de la plaie cholédoquienne ; à l'aide de l'épiploon, nous formons une fossette tournée vers la plaie abdominale, et nous la remplissons de gaze iodoformée.

Le lendemain 27, température normale ; 600 grammes d'urine, moins acajou, selle spontanée, colorée. Nouvelle selle le soir, mais décolorée.

28 mars, matin. — Selle décolorée. Phénomènes d'intoxication biliaire, pouls rapide, petit, facies anxieux, vomissements bilieux. Ventre souple, indolent à la pression.

T. 37°. 3 litres de sérum. A 2 heures, je reviens voir la malade et, supposant que des calculs ont pu descendre du foie vers l'intestin et oblitérer l'ampoule de Vater, je résous d'enlever mes points de suture cholédoquienne et de créer une fistule biliaire.

L'anesthésie étant obtenue par l'éther, j'arrive non sans peine, à cause de la coloration uniforme des tissus par la bile, à retrouver mes points de suture et et à réouvrir le cholédoque; il s'écoule une bile épaisse par la plaie.

Le soir, drainage; le pouls est meilleur, l'urine plus claire, l'état général assez bon. Injection veineuse de 1,500 grammes sérum en 2 fois.

29 mars. — Injection de 1,300 grammes de sérum, vomissements répétés.

30 mars. — 2 selles de matières nettement colorées, la malade supporte un peu de lait. 2 litres sérum en injections intraveineuses.

31 mars. — L'amélioration est très accentuée et la malade se nourrit. 1 litre 700 sérum.

1er avril. — Le pansement renferme moins de bile, matière décolorée, ventre souple.

Le délire reparaît et l'ictère augmente le 2 avril; les signes d'intoxication biliaire s'accentuent ; on recueille un peu de bile dans le pansement.

Mort à la fin de la matinée.

A l'autopsie, on constata que 2 calculs obstruaient plus ou moins complètement l'ampoule de Vater. La partie supérieure du canal commun et du canal hépatique étaient dilatés, le cystique ayant le même diamètre que la vésicule biliaire. Les canaux hépatiques au hile du foie et dans l'intérieur du foie sont remplis de calculs (70) jusqu'à 12 centimètres du hile, les voies biliaires intra-hépatiques sont dilatées. Ces calculs ont un volume variable, allant d'un grain de millet à un noyau de cerise. La couleur du foie est verdâtre.

La bile et les calculs ensemencés (pris au moment de l'opération) n'ont pas cultivé. La bile, prise deux heures avant la mort, a produit de nombreuses colonies de bactérium coli.

L'examen microscopique a démontré la dégénérescence graisseuse et l'atrophie des cellules du foie.]]

La lecture de cette observation suffit, je pense, à montrer combien devient difficile la thérapeutique chirurgicale de la lithiase biliaire, dès que les calculs deviennent multiples et se prolongent jusque dans le foie.

Que faire en pareil cas? N'aurait-on point avantage à établir une fistule du cholédoque d'emblée? J'ajoute que, dans les cas où on ne peut que soupçonner qu'il existe d'autres calculs en amont de ceux qu'on a extrait, on pourrait, tout en suturant le cholédoque, faire une suture au catgut en laissant les chefs ou un chef sortir par la plaie, de manière à ce qu'en cas de nécessité d'ouverture secondaire du cholédoque, on ait toute facilité pour arriver sur l'incision première. Je ne me dissimule pas que de pareils cas seront la plupart du temps au-dessus des ressources de la chirurgie.

Discussion du rapport de M. Kirmisson sur le traitement des fractures de jambe par l'extension continue (voir p. 506).

M. Hennequin. — Dans la dernière séance, M. Kirmisson vous a rendu compte de l'excellent résultat (ce sont ses propres paroles) obtenu par l'extension continue, après une ostéotomie pratiquée par M. Hartmann sur un jeune homme atteint d'une fracture très oblique de la jambe droite, en voie de consolidation vicieuse très avancée ; de sorte que le double but si nettement indiqué par Gosselin *(rétablir la forme, rétablir la fonction)* fut complètement atteint.

Obligeamment, M. le rapporteur me céda la parole pour donner quelques explications sur le traitement orthopédique, qui pourtant lui est si familier, voulant sans doute donner une marque de déférence à l'auteur de l'appareil employé.

L'extension continue a été appliquée à la jambe avec des fortunes diverses par bien des chirurgiens qui avaient constaté le peu d'efficacité des appareils contentifs dans un certain nombre de fractures obliques. Il ne s'agit donc pas d'une idée nouvelle, mais d'un procédé particulier d'extension appliqué à la jambe.

Jusqu'ici les nombreuses tentatives faites dans ce but vinrent se briser contre un obstacle qu'on ne soupçonnait guère : *l'intolérance du pied pour les pressions continues de longue durée.*

Eu égard au siège habituel, presque constant, des fractures obliques de la jambe *(tiers moyen et partie supérieure du tiers inférieur)*, le pied seul peut servir de point d'appui à la traction. Du reste, il est admirablement disposé pour la recevoir et la transmettre intégralement par l'intermédiaire des ligaments qui l'unissent

aux fragments inférieurs, habitué qu'il est à supporter des pressions énergiques et fréquemment renouvelées. Mais ces pressions sont intermittentes et son endurance pour ces dernières ne devait pas faire présager sa tolérance pour des pressions continues prolongées, même modérées.

Devenant point d'application de la traction, le pied sera soumis à des pressions qui seront en raison directe de la puissance de la force motrice, en raison inverse de l'étendue des surfaces comprimées, de sorte qu'étant donné son peu de tolérance pour les pressions prolongées, la traction indispensable à la neutralisation de toutes les résistances devra être réduite à son minimum et les surfaces qui la supportent aussi étendues que possible.

Le problème à résoudre est *de trouver les moyens de rendre inoffensive et tolérable la pression qu'exercera sur les téguments du pied la traction nécessaire pour vaincre toutes résistances qui s'opposent à la coaptation régulière des fragments et au maintien de leur réduction.*

Avant de pénétrer sur le domaine de la mécanique instrumentale, une courte excursion sur celui de la physiologie mécanique rendra plus facile et plus claire l'étude de ces moyens.

Les résistances dont la traction doit triompher sont de deux sortes : *actives* et *passives.*

Les *résistances actives* sont représentées : 1° par la tonicité des muscles, à laquelle peuvent s'ajouter accidentellement les contractions et les contractures ; 2° par l'élasticité des téguments de la jambe, augmentées dans des proportions variables par les épanchements qui font dévier de leur direction normale les muscles, les aponévroses et les téguments.

Les *resistances passives* comprennent : 1° les frottements du segment du membre situé au-dessous du trait de fracture ; 2° l'action de la pesanteur sur ce segment, s'il est placé sur un plan incliné ascendant.

Les résistances actives sont inéluctables ; quoi qu'on fasse, on ne les supprimera pas complètement, mais on pourra les diminuer dans une certaine mesure.

Les résistances passives peuvent être atténuées, supprimées même, et, dans certaines conditions, transformées en agents de traction, lorsque, par exemple, on place le segment inférieur à la fracture sur un plan incliné descendant.

Le but à atteindre étant de faire tolérer par les téguments du pied la pression inhérente à une traction victorieuse de toutes les résistances, réduire celles-ci à leur minimum est la première et la plus impérieuse des indications, puisque les unes sont réductibles et que les autres peuvent être supprimées. Moins élevée sera leur

somme, plus faible et, par conséquent, plus douce, plus tolérable sera la pression exercée par la traction indispensable.

Si, comme nous l'enseigne la physiologie, un muscle relâché oppose, en s'allongeant, une résistance moins grande que quand il est en tension, si sa tonicité et ses contractions perdent de leur puissance par le rapprochement de ses insertions opposées, il suffira, pour amoindrir sa résistance, de fléchir les leviers osseux sur lesquels ils s'attachent. On se convaincra de l'action de la flexion des leviers osseux, du rapprochement des insertions des muscles sur la tonicité et la contraction de ces derniers en fléchissant fortement la main sur l'avant-bras. Fermer complètement le poing devient très difficile ; c'est à grand'peine qu'on parvient à mettre en contact avec la face palmaire, l'extrémité des doigts dont la pression sur un dynamomètre est insignifiante. Qu'on renverse le poignet sur la face dorsale de l'avant-bras et l'extension des dernières phalanges est impossible. Dans l'une et l'autre expérience, les muscles dont les insertions ont été rapprochées ont atteint la dernière limite de leur contractilité, limite qui ne paraît pas être en rapport avec la longueur de leur corps charnu, aussi restent-ils sans force, n'opposant plus à la traction qu'une faible résistance.

La conclusion à tirer est qu'il faut rapprocher les insertions des muscles les plus puissants de la jambe, afin de diminuer les résistances actives, c'est-à-dire fléchir la jambe sur la cuisse, position qui entraîne dans le cas présent, la flexion de la cuisse sur le bassin. L'appareil, quel qu'il soit, devra donc être construit de façon à remplir cette indication, à permettre cette double flexion ; car si en poésie « la rime est une esclave et ne doit qu'obéir », en orthopédie la mécanique est dans le même état de servitude.

La jambe reposera sur un plan horizontal si on veut prévenir les troubles de la circulation en retour et ne pas augmenter les résistances passives.

Quant aux épanchements qui, pendant quelque temps, augmentent les résistances actives en faisant dévier les muscles et les aponévroses de leur direction normale, en distendant les téguments, la traction est un des moyens les plus puissants de favoriser leur diffusion, de hâter leur résorption.

Des résistances passives (frottement et pesanteur) en lutte avec la traction, ne doivent entrer en ligne de compte que celles qui viennent du segment mobilisable, de la partie du membre située au-dessous de la solution de continuité. Or, comme nous le verrons plus loin, l'indépendance de la gouttière jambière et de la bottine plâtrée, la disposition du hamac transformé en chariot roulant sur des rails faisant un plan déclive, permettent, non seulement de

supprimer les frottements, mais encore de transformer en traction une partie de l'action de la pesanteur sur le segment mobile, traction absolument inoffensive, puisqu'elle n'a d'autres points d'appui sur le pied que ceux que subit inconsciemment tout corps placé dans la sphère d'activité de l'attraction universelle ; et cependant elle vient en aide dans une proportion qui est loin d'être négligeable à celle qu'exerce le poids. Dans ces conditions, la traction victorieuse de toutes les résistances entraîne le segment mobile dans sa direction, devient extension dans l'acception véritable du mot, fait un travail utile qui la distingue de la traction stérile.

Le problème de mécanique instrumentale résolu, restait le moyen de faire supporter aux téguments du pied, sans les blesser, sans mettre leur susceptibilité à une trop rude épreuve, la pression inhérente à la traction. Après bien des essais, tous plus ou moins infructueux, j'étais sur le point d'abandonner la partie, quand l'idée me vint de protéger les régions soumises à la pression (cou-de-pied, tendon d'Achille) par des sachets, sorte de coussinets formés de tarlatane non empesée, remplis aux trois quarts de poudre d'amidon. La solution de la seconde partie du problème était trouvée.

Dispositions préliminaires. — Avant l'application de l'appareil, deux sachets, formés de quelques feuilles de tarlatane non empesée, longs de 10 à 12 centimètres, larges de 8 centimètres, cousus sur leurs bords et remplis aux trois quarts de poudre d'amidon, sont placés à cheval, l'un sur le cou-de-pied, l'autre sur le tendon d'Achille, s'avançant un peu sur la face postéro-supérieure du calcaneum. Une bande de Sayre de 6 à 7 mètres sur 12 centimètres de large, est enroulée de façon à représenter une bottine plâtrée étendue de la base des malléoles à la racine des orteils, préalablement recouvertes d'une mince couche de ouate. Quand les deux tiers de la bande plâtrée sont épuisés, l'opérateur dispose en étrier sur les côtés du pied une bande de toile neuve de 40 centimètres de long sur 5 de large, dont les chefs sont rendus bifides par une incision médiane longitudinale. L'anse de l'étrier étant formée, et les extrémités de l'incision correspondant à la pointe des malléoles, on croise les chefs antérieurs sur le sachet antérieur, les postérieurs sur celui qui recouvre le tendon d'Achille, puis on termine l'enroulement de la bande de Sayre comme précédemment. Les chefs de la bande formant l'étrier emprisonné dans la bottine plâtrée ne peuvent transmettre la pression qu'au niveau de leur entrecroisement, c'est-à-dire au cou-de-pied et au tendon d'Achille dont le sachet comble les gouttières qui le bordent. La confection de la bottine demande à être faite avec beaucoup de soin. On taille

ensuite une gouttière jambière, composée de 15 feuilles de tarlatane ordinaire, ayant en longueur la distance qui sépare le pli poplité de la plante du pied, en largeur les trois quarts de la circonférence de la jambe, prise au-dessus du mollet et à la base des malléoles. Une échancrure, profonde de 12 centimètres, pratiquée sur le milieu de son extrémité inférieure, lui donne l'apparence d'un tire-bottes. Après avoir recouvert les faces postérieure et latérale de la bottine d'une toile isolante (Mackintoch), on applique la gouttière imprégnée de plâtre sur la face postérieure de la jambe soumise à une vigoureuse traction par un aide qui maintient le pied à angle droit. Le bord interne de la gouttière devra recouvrir les deux tiers de la face antérieure du tibia, les ailettes de l'échancrure seront étalées sur les côtés de la bottine, dans la direction des malléoles. Des bandes de vieille toile la moulent sur le membre, l'aide continuera la traction jusqu'à dessiccation du plâtre. Les bandes roulées ayant été retirées, ainsi que la toile isolante, on s'assure que la bottine et la gouttière sont indépendantes l'une de l'autre, qu'en aucun point elles n'ont contracté d'adhérence. Alors on place le membre sur l'appareil.

Description de l'appareil à extension.

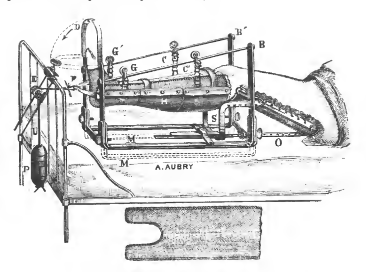
L'appareil se compose de deux hamacs supportés par des bandelettes d'acier représentant les arêtes d'une sorte de boîte quadrangulaire sans parois.

Le hamac crural est formé d'un cadre en U sur lequel est lacée une toile de coutil tendue supportant la cuisse fléchie ; il est relié à l'appareil : 1° par une fourche à crémaillère coudée à angle droit dont les extrémités s'engagent dans des fenêtres pratiquées dans les branches de l'U ; 2° par une longue bandelette perforée articulée à la convexité de l'U, qui glisse dans un coulisseau soudé à la base de l'appareil. Un crochet l'arrête au point voulu. Cette disposition permet de faire varier l'angle d'inclinaison du hamac, de l'éloigner ou de le rapprocher, en un mot de l'adapter à toutes les cuisses d'adultes.

Le hamac jambier est constitué par trois sangles indépendantes, boutonnées sur deux attelles suspendues par des chaînettes en échelle qui s'accrochent à des ardillons soudés aux chapes de quatre poulies mobiles sur deux tringles polies inclinées. Ce hamac représente un chariot roulant sur des rails en pente assez accusée pour se mettre en mouvement spontanément par la seule action de la pesanteur. Il peut être raccourci en dégageant un ou deux œillets de la sangle supérieure ; de plus, l'une ou l'autre des sangles

pourront être déboutonnées pour panser les plaies sans déranger le membre, sans supprimer la traction.

Les bases latérales de l'appareil sont composées de deux bandelettes superposées dont l'inférieure mobile dans le sens vertical sert à rectifier le plan du lit et assurer l'horizontalité transversale du plan incliné représenté par les tringles.



Appareil à extension continu du Dr Hennequin.

A, hamac crural sur lequel repose la cuisse fléchie à différents degrés; S, support à coulisses et à crémaillères permettant d'éloigner et de rapprocher la cuisse à volonté; O, bandelette perforée qu'arrête en un point déterminé un crochet fixe; B B', tringles polies formant plan incliné descendant; H, hamac jambier composé de trois sangles indépendantes boutonnées sur deux attelles mobiles horizontalement; C C', chaînettes en échelle reliant les attelles aux poulies; G G', quatre poulies munies de chapes à points d'arrêts roulant sur les tringles inclinées; M M', bandelettes mobiles dans le sens vertical destinées à rectifier le plan du lit; D, cerceau articulé pour protéger le pied; E, poulie à curseurs mobiles sur tiges en U allongé soudées à la presse; P, poids composé de deux hémisphères perforées entre lesquelles sont placés des disques fenêtrés de 1 et de 1/2 kilogramme s'emboîtant réciproquement; F, étrier dont les extrémités sont prises dans la bottine plâtrée et auquel est attachée la corde qui supporte le poids.

(Modèle et dessin de la gouttière plâtrée.)

Comme la traction doit être dirigée selon l'axe de la jambe, il est utile, quand le lit ne s'y prête pas, d'avoir une poulie mobile sur deux branches en forme d'U allongé, disposition qui permet de la fixer au point voulu, c'est-à-dire quand la partie horizontale de la corde qui supporte le poids se confondra avec l'axe prolongé de la jambe. La corde sera nouée à la boucle de l'étrier : au milieu si

le segment inférieur mobile est dans une bonne direction ; en dedans si sa déviation est interne ; en dehors, si elle est externe.

Au début, la force de traction ne dépassera pas 2 kilogrammes ; elle sera augmentée de 1/2 kilogramme tous les deux jours, jusqu'à $3^{kg},5$ dans les fractures récentes, 4 kilogrammes et $4^{kg},5$, dans les anciennes. Cause-t-elle quelques douleurs au talon ou sur le cou-de-pied, douleurs très variables qui disparaissent souvent spontanément après une ou deux heures de durée, on enlève momentanément un disque du poids.

La tolérance étant plus grande le jour que la nuit, on devra, lorsque la traction dépasse $3^{kg},5$, supprimer l'excédent à l'approche de l'heure du sommeil, et le replacer au réveil.

Jusqu'ici je n'ai appliqué l'extension continue à la jambe que dans les fractures obliques plus ou moins anciennes et en cours de traitement. Dans toutes, excepté dans le cas de fracture chirurgicale de M. Hartmann, l'accident remontait à plus de huit jours, l'un à quatre-vingt-treize jours. Après le traitement de ces fractures au nombre de 25, la conformation de la jambe était irréprochable ou d'une régularité se rapprochant beaucoup de la normale. Le raccourcissement qui a varié de 2 à 6 centimètres a été ou entièrement corrigé, ou négligeable, ou réduit des trois quarts, à la levée de l'appareil. Deux fois il y eut un allongement de 1 centimètre et demi qui a persisté dans un cas, s'est effacé dans l'autre.

L'extension continue n'a été employée qu'après l'impuissance bien constatée des appareils contentifs appliqués sauf traction ; quelques-uns avaient été renouvelés deux et trois fois et cependant le raccourcissement et la déformation n'avaient pas été maintenus corrigés, mais s'étaient souvent accentués dans l'appareil.

Pendant la période que j'appellerai de tâtonnement, j'ai eu souvent à constater des excoriations et même des eschares sur le cou-de-pied et particulièrement à la face postéro-supérieure du talon ; ces accidents, quoique sans gravité, n'étaient pas sans occasionner des douleurs et des insomnies aux blessés. Depuis l'application régulière des sachets remplis de poudre d'amidon, la pression sur le pied est inoffensive et très tolérable.

Quelle que soit la durée de l'extension (en général six à sept semaines) le pied conserve ses mouvements moyens ; les extrêmes ne sont gênés que temporairement.

Immédiatement après la levée de l'appareil à extension, à moins qu'on ait constaté une consolidation osseuse, il est indispensable d'appliquer un appareil plâtré afin d'assurer le résultat obtenu et attendre une consolidation capable de supporter sans défaillance, la contraction des muscles et le poids du corps.

En terminant, je rappellerai un axiome que j'ai déjà énoncé

ailleurs : *De tous les moyens de réduction et de contention employés dans les fractures, le plus sûr, le plus puissant et j'ajouterai le plus inoffensif quand il est méthodiquement et soigneusement appliqué.* C'EST L'EXTENSION CONTINUE.

M. NÉLATON. — M. Kirmisson a déclaré que j'étais partisan de la suture osseuse. Quand j'ai fait un rapport sur le travail de M. Roux (de Brignolle), travail qui embrassait le traitement des fractures de la clavicule, de l'humérus et de la jambe, j'avais établi des distinctions. C'est ainsi que, pour la clavicule, les conclusions de M. Roux me paraissaient devoir mériter toute notre attention, je dirais presque notre approbation. Pour ma part ayant à soigner une jeune fille avec une fracture saillante de la clavicule, je ferais la suture. Dans les fractures obliques de jambe difficiles à réduire et à maintenir, la conduite de M. Roux me paraissait également devoir être encouragée. J'ajoute que depuis deux ans, date de mon rapport, j'ai changé d'opinion ; l'appareil de M. Hennequin a cet avantage d'éviter l'intervention sanglante ; je l'ai employé dans 4 ou 5 cas et je considère que la suture devra devenir de plus en plus exceptionnelle.

M. BERGER. — Peut-on compter sur les appareils actuels dans les fractures obliques de jambes ? Même avec les plus grands soins, on a parfois des résultats défectueux ; c'est néanmoins en exerçant une surveillance la plus grande et de tous les jours qu'on obtient les meilleurs résultats et cela avec les anciens appareils.

J'ai eu, au dernier Congrès de chirurgie, une discussion assez vive avec MM. Tillaux et Reynier, qui se montraient les partisans convaincus de l'application immédiate des appareils plâtrés : je ne dis pas que des chirurgiens soigneux ne puissent avec cette méthode obtenir de bons résultats, mais j'ai observé trop de mauvaises consolidations chez des blessés qui avaient subi de suite l'application d'un appareil plâtré pour ne pas persévérer dans mon opinion.

Je continue à penser que, mis primitivement, l'appareil plâtré est un appareil dangereux. Je donne la préférence à l'appareil de Scultet, mais ne puis trop en recommander la surveillance quotidienne, car avec tous les moyens de contention il se produit des déformations en sens inverse de l'organisme, etc.

La pointe du fragment est souvent évitable, je n'y attache pas d'ailleurs une énorme importance ; il n'en est pas de même du racourcissement. J'ai observé des raccourcissements de 5 centimètres et plus même avec des réductions sous le chloroforme. Aussi j'ai hâte de le dire, j'ai bien accueilli les tentatives de M. Hennequin. Je n'ai pas une pratique suffisante de l'extension continue pour pouvoir porter en jugement sur ses résultats, mais je suis

tout disposé à continuer l'expérimentation. Je ne dirai pas non plus qu'il faille rejeter toute intervention chirurgicale dans les fractures obliques; je la réserverai aux interpositions musculaires et tendineuses. Si on intervient en dehors de ces cas spéciaux, on a une tendance à réséquer les fragments, à enlever les esquilles, à étendre l'opération : le résultat de cette résection est un raccourcissement qui n'est pas moindre que celui que nous obtenons avec les appareils.

M. Delorme. — M. Berger vient à propos de ses critiques sur l'appareil plâtré de rappeler l'attention sur cette question si intéressante du parallèle des appareils inamovibles et amovo-inamovibles. Pour moi, comme pour lui, les appareils plâtrés qui ne suivent pas le retrait du membre sont inférieurs aux amovo-inamovibles dont la surveillance n'a du reste rien de trop assujetissant.

M. Hennequin me paraît exagérer les difficultés que l'on éprouve à pratiquer l'extension en prenant prise sur le pied. Lorsqu'on recouvre la face dorsale de ce dernier d'une couche suffisante d'ouate, que les tours de bande ne remontent pas trop haut sur le cou-de-pied et qu'on s'abstient de faire des renversés, la compression n'a rien de fâcheux.

On s'expose à avoir un cal vicieux, à concavité antérieure, analogue à ceux dont vient de parler M. Berger, lorsqu'on ne double pas l'appareil rigide d'une couche d'ouate suffisante entre le tendon d'Achille et la saillie des jumeaux et qu'on utilise des attelles ou des tampons d'ouate courts appliqués sur la partie antérieure du tibia.

M. Kirmisson. — M. Nélaton, dans son rapport, n'avait pas rejeté la pratique de M. Roux pour les fractures obliques de jambe : voilà ce que j'ai dit et pas autre chose.

Nous devons reconnaître que la pratique de l'extension continue pour les fractures de jambe a été très limitée parmi nous; il y aura lieu de reprendre plus tard cette discussion. Je suis d'accord avec tous mes collègues, sauf avec M. Delorme; je prétends qu'avec tous les appareils usités, le nombre des consolidations vicieuses est considérable pour les fractures obliques. Il sera désormais possible de faire mieux avec l'extension continue.

Présentations de malades.

M. Robert. — J'ai l'honneur de vous présenter un jeune sous-officier atteint de cysticerque de l'œil gauche, affection qu'il a contractée il y a trois mois en Algérie.

Ce cysticerque, situé dans la région inférieure et postérieure du vitré, est visible à la lumière du jour, il se présente sous l'aspect d'une ampoule grisâtre du volume d'un pois et de laquelle se détache un cal plus ou moins allongé, terminé par une tête à forme caractéristique.

La vision est perdue, le corps vitré est tremblotant, la consistance de l'œil déjà notablement affaiblie, conditions qui rendent périlleuse l'extraction du parasite par une boutonnière scléroticale ; cette opération semble cependant nécessaire en raison de l'évolution de la maladie, fatale pour l'organe affecté.

Le malade présente encore un peu de ptosis de la paupière supérieure gauche et une légère déviation du globe oculaire en dehors.

De plus, il accuse à droite un scotome ayant la forme d'un petit têtard, impression analogue à celle qu'il a éprouvée à gauche, au début de son affection.

M. Potherat présente un amputé du pied par le procédé du Syme.

Présentations de pièces.

1° Perforation de l'appendice consécutive à un traumatisme de l'abdomen par coup de pied de cheval.

M. Delorme. — Le malade qui m'a fourni la pièce que j'ai l'honneur de vous présenter a succombé à une péritonite généralisée dont la genèse est insolite et curieuse.

Je résume son observation :

Dans la nuit du 26 au 27 mai, le nommé D..., sans antécédent abdominal, reçoit dans la région sous-ombilicale un coup de pied de cheval qui le renverse. Pour des raisons spéciales il tait son accident.

Il souffre de douleurs vives qui se continuent le lendemain ; le ventre est ballonné ; pas de nausées, ni de vomissements, ni de hoquet.

Dans l'après-midi du 27, sa face est vultueuse, non grippée, sa température de 39°. Le malade, qui venait de vomir une potion laudanisée, mange à 5 heures sans vomir. Nuit sans sommeil, mêmes douleurs.

Le 28, il parle de son traumatisme et est envoyé d'urgence dans mon service avec le diagnostic de péritonite. Douleurs généralisées à tout l'abdomen et très vives ; toucher rectal douloureux ; ballonnement léger du ventre, pas de nausées ou de vomissements ; température 38°,8 ; pouls plein à 120, facies non altéré, yeux non enfoncés, entourés d'un

cercle noir peu marqué. Après une courte période d'observation, je fais une laparotomie médiane, je dévide le petit intestin qui, étant donné la direction du coup, pouvait avoir été perforé; je constate l'intégrité de sa paroi. De distance en distance, elle présente seulement quelques traces de suffusion sanguine. Lavage attentif du péritoine.

Le malade succombe le lendemain à 4 heures.

A l'autopsie, la cavité péritonéale ne contenait qu'une quantité insignifiante de liquide louche ; l'intestin ne présentait pas de déchirures, et j'aurais méconnu l'origine des accidents si je n'avais examiné l'appendice qui présentait une petite perforation de 4 à 5 millimètres à sa base, où sa paroi était amincie, comme vous le constatez. Englobé dans des adhérences, cet appendice était replié derrière le cœcum, épaissi, turgescent. Il contenait dans son intérieur un calcul gros comme un haricot. Sa cavité n'était pas rétrécie.

Je me suis demandé si l'appendice avait été déchiré directement par le coup de pied de cheval, mais les renseignements du blessé affirmant que le coup de pied avait porté presque sûrement dans la région sous-ombilicale et non dans le flanc droit, l'absence d'ecchymose sur la paroi à droite, enfin l'intégrité d'un calcul appendiculaire friable qui aurait été broyé si le coup de pied de cheval avait porté à son niveau, me font plutôt penser que l'appendice, dont la paroi était déjà altérée, amincie avant le traumatisme, a dû céder sous l'influence de la pression subite des gaz ou des liquides intestinaux brusquement propulsés de la cavité du gros ou du petit intestin dans son intérieur. C'est l'hypothèse la plus plausible car la brusquerie des accidents survenus immédiatement après le traumatisme ne permet pas de s'arrêter un instant à l'idée d'une simple coïncidence entre la perforation appendiculaire et le traumatisme abdominal.

2° *Résection ilio-cœcale pour tuberculose. Obturation du bouton de Murphy.*

M. Routier. — La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter provient d'un malade que m'avait passé mon collègue de l'hôpital Necker, M. Rendu, sous la rubrique néoplasme ilio-cœcal, diagnostic que j'avais tout à fait accepté.

J'ai fait le 6 juin une résection de la partie initiale du cœcum et de 30 centimètres de l'intestin grêle, mais, comme vous pouvez le constater, il ne s'agissait pas de néoplasme, mais bien d'ulcération tuberculeuse.

En réséquant ces 30 centimètres d'iléon, j'ai cru avoir dépassé tout le mal, c'était encore une erreur, nous avons trouvé à l'autopsie dans la première portion du jéjunum 4 plaques tuberculeuses ulcé-

rées, dont 2 perforées, et c'est ce qui a causé la mort de notre malheureux malade.

Cependant, je dois vous signaler un fait qui m'a vivement frappé ; ce malade a survécu 6 jours à la résection intestinale.

L'anastomose que j'avais faite de l'iléon avec le colon ascendant au moyen du bouton de Murphy et qui, du reste, avait été très facile, était irréprochable en tant qu'anastomose, l'adhésion était parfaite partout ; mais en dégageant le bouton de Murphy employé, lequel était celui du plus gros modèle, nous avons trouvé ce bouton complètement bouché par des matières fécales à consistance de mastic, dues au résidu du régime lacté auquel j'avais soumis ce malade avant de l'opérer ; l'ablation de ce bouton stercoral qu'obstruait le bouton a été très laborieux et je me demande s'il n'y aurait pas eu là une cause d'obstruction dans le cas où ce malheureux aurait eu le reste de son intestin sain comme nous étions en droit de l'espérer.

Cet accident doit dans tous les cas nous apprendre que le bouton de Murphy peut à un moment donné se transformer en bouchon, ce à quoi n'amène pas la suture.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

QUÉNU.

Séance du 1er juillet 1896.

Présidence de M. CH. MONOD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. DELENS, qui demande un congé ;

3° Des lettres de MM. VERCHÈRE, PIERRE DELBET et LEJARS, qui se portent candidats à la place de membre titulaire.

Suite de la discussion sur la cholédocotomie.

M. Monod. — Avant de donner la parole à M. Michaux pour la clôture de cette discussion, je tiens à joindre un fait personnel à ceux qui nous ont été déjà rapportés. Il n'y pas eu dans ce cas ouverture du cholédoque, mais laparotomie faite pour se rendre compte de la raison anatomique d'une obstruction certaine de ce conduit. Plusieurs d'entre vous ont mentionné dans cette discussion des faits de ce genre, qui sont à la fois intéressants et instructifs.

Observation. — *Ictère par obstruction du cholédoque. Laparotomie exploratrice. Pas de calculs. Cholécystogastrostomie. Mort* (A l'autopsie, *cancer du pancréas*) [1].

D..., 55 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Hanot, fin mai 1896; passé dans le service de M. Monod, le 5 juin 1896.

Antécédents héréditaires. — Père vivant. Mère morte d'une maladie d'estomac.

Antécédents personnels. — Fréquentes poussées de rhumatisme articulaire jusqu'en 1892.

Janvier 1896. — Douleur dans l'épaule droite, très vive, survenue brusquement. Depuis, cette douleur est revenue souvent par crises.

20 mai. — Insensiblement, sans phénomènes d'aucune sorte et, en particulier, sans coliques hépatiques, le malade s'aperçoit qu'il jaunit.

28 mai. — Ictère généralisé, jamais de fièvre, ni nausées, ni vomissements, pas de coliques hépatiques. Le malade a sensiblement maigri; ses forces sont considérablement diminuées.

5 juin. — A son entrée dans le service on constate : aucun trouble fonctionnel, appétit nul. Amertume extrême de la bouche. Ictère foncé, généralisé, démangeaisons. Urines peu abondantes, noir acajou, pigments biliaires abondants. Selles complètement décolorées.

Foie très gros, déborde les fausses côtes de trois gros travers de doigt. La *vésicule* forme une tumeur rénitente, uniforme, lisse, nettement limitable, rejetée en dehors. On n'y sent pas de calculs. Le foie et la vésicule ne sont pas sensibles.

Le *diagnostic* n'est pas ferme, le seul qui s'impose est celui d'obstruction du cholédoque. Il est moins facile de préciser la cause de cette obstruction. L'âge du malade, son amaigrissement, la distension de la vésicule, l'absence de coliques hépatiques, permettent de songer que l'obstacle est dans le pancréas (néoplasme). M. Hanot penche cependant pour une obstruction d'origine calculeuse. La situation est en tous cas assez douteuse pour motiver une laparotomie exploratrice.

[1] D'après les notes de M. Fernand Monod, interne du service.

Une intervention active quelconque est d'ailleurs instamment réclamée par le malade.

Opération, 11 juin 1896. — Incision sur le bord externe du muscle droit. Ouverture rapide du péritoine. La vésicule apparaît derrière la lèvre externe de l'incision, mais est facilement amenée dans la plaie.

Elle est volumineuse, grosse comme une poire moyenne et masque tout le champ opératoire. On sent avec le doigt qu'elle se poursuit à la face inférieure du foie, sous forme d'un boudin allongé.

Ponction de la vésicule. Issue d'une quantité considérable de bile noire, verdâtre, épaisse (quelques gouttes sont recueillies avec une pipette pour l'examen bactériologique).

La vésicule affaissée (l'orifice de ponction est obturé par une pince), on aperçoit l'épiploon qui est refoulé avec des éponges, puis l'estomac recouvert par le foie.

Celui-ci est fortement relevé par une valve large qui écarte en même temps la lèvre droite de l'incision.

L'estomac et les anses intestinales sous-jacentes sont abaissés par un second écarteur.

Un troisième accroche, soulève et éloigne la lèvre gauche de l'incision.

On met ainsi à découvert un espace qui est occupé par l'épiploon gastro-hépatique. Le champ opératoire est parfaitement net, comme dans une préparation anatomique. Aussi est-il facile de suivre avec le doigt dans cet espace le canal cholédoque, depuis le col de la vésicule jusque tout près de sa terminaison. On ne constate sur son trajet aucune dureté qui puisse être rapportée à la présence de calculs.

Mais à côté de lui, on perçoit très nettement des petits corps arrondis, rénitents, qui ne sont autres que des ganglions.

Je conclus de cette exploration que l'obstruction n'est pas due à des calculs, mais à une lésion, probablement néoplasique, du pancréas ou de l'ampoule de Vater.

Ne pouvant supprimer l'obstacle au cours de la bile, je n'ai plus d'autre ressource que de le tourner. Pour cela j'ai deux moyens à ma disposition : ou créer une fistule biliaire cutanée ou faire communiquer la vésicule avec les voies gastro-intestinales.

Les inconvénients et le danger d'une fistule qui, pour être utile, devait ici être permanente, me décident à prendre le second de ces deux partis, d'autant qu'avec le bouton de Murphy j'ai l'espoir de faire l'opération rapidement.

C'est avec la même préoccupation d'aller vite que je préfère aboucher la vésicule dans l'estomac qui est bien visible et facilement abordable, plutôt que dans le duodénum qui se présente mal. J'ai d'ailleurs le souvenir des faits de MM. Terrier et Quénu qui ont montré que l'abouchement de la vésicule dans l'estomac est sans inconvénient.

L'union des deux parties, vésicule et face antérieure de l'estomac, dans un point rapproché du pylore, est, en effet, rapidement menée à l'aide d'un bouton de Murphy petit modèle, suivant la technique habituelle (limitation des parties, à l'aide de pinces garnies de caoutchouc ; incision,

faufilage à la soie, fil serré, réunion des deux moitiés du bouton) ; un fil supplémentaire est placé en un point où l'union paraît moins parfaite. Fermeture de la paroi à deux étages. Durée totale : une heure et quart.

Suites. — La journée se passe bien, pas de choc, pas de vomissements.

Le lendemain matin, 12 juin, je trouve le malade bien, demi-assis sur son lit, ne souffrant pas. Température, 37°,2.

La journée du 12 est bonne également; aucun symptôme inquiétant, sauf un peu d'accélération de la respiration. Température, soir, 37°,5.

La nuit avait été bonne, lorsque subitement, vers le matin, le malade se sent mal à l'aise; la surveillante constate que le pouls faiblit, puis disparaît. L'interne de garde est appelé de suite; il n'arrive que pour constater la mort.

L'autopsie a été faite par mon collègue M. Hanot, à qui j'avais tenu à laisser ce soin. On en trouvera ci-après la relation écrite sous sa dictée.

Autopsie. — L'ouverture de l'abdomen se fait suivant la ligne opératoire, agrandie jusqu'à la symphyse pubienne.

Pas de péritonite. Il n'y a pas de liquide dans la cavité abdominale. Les anses intestinales sont libres, pas d'arborisations vasculaires à leur surface.

Au niveau de l'abouchement de la vésicule biliaire avec la partie inférieure de l'estomac, existe une couche de néo-membranes vasculaires dont l'épaisseur est de 2 à 3 millimètres. Elles se laissent facilement séparer. On arrive alors sur la face péritonéale des deux réservoirs et on peut constater que la suture est parfaite. Le bouton de Murphy ne peut être mobilisé, aucun suintement ne se fait à son pourtour. Après l'avoir enlevé, on ouvre l'estomac dont la cavité renferme 50 grammes environ de liquide bilieux. L'organe paraît normal, les replis et valvules en sont conservés, il n'y a nulle trace de processus néoplasique.

La vésicule, dont le volume dépasse celui d'une grosse poire, déborde le bord inférieur du foie dans une étendue de 4 centimètres. Ouverte dans le sens de la longueur, elle contient de la bile jaune verdâtre, épaisse. La surface interne est lisse, il n'existe pas de colonnes. Il n'y a pas de calculs.

Le foie est augmenté de volume, il pèse 2,350 grammes. De coloration jaune très marquée, sa surface ne laisse voir aucune saillie appréciable. Il n'est pas dur à la coupe. On ne trouve dans l'épaisseur de l'organe aucune formation cancéreuse. Ce qui est remarquable, ce sont les nombreuses dilatations des vaisseaux biliaires qui, par places, prennent l'aspect de véritables lacs.

Pour déterminer le siège de l'obstacle à l'écoulement de la bile dans l'intestin, on suit les voies biliaires depuis le col de la vésicule biliaire. Canal cystique normal, de même que la terminaison du canal hépatique.

La sonde, introduite alors dans le cholédoque, est arrêtée après un

trajet de 3 centimètres par un obstacle qu'elle ne peut franchir. Le conduit se trouve serré, emprisonné de toutes parts dans une masse dure, épaisse; celle-ci est coupée, c'est la tête du pancréas, très augmentée de volume, de la grosseur d'un œuf de poule, l'aspect est à peu près lisse, de couleur blanchâtre; la pression fait sourdre un suc lactescent. Il s'agit d'un cancer. Il n'est pas limité à la tête du pancréas.

Celui-ci, dans toute sa longueur, présente le même aspect qu'au niveau de sa tête et la même consistance dure. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma typique.

Les autres organes, tous teintés en jaune, ne présentent guère d'altération.

Rate (180 gr.), molle, diffluente.

Cœur (450 gr.) un peu mou, pas de lésions valvulaires. L'aorte présente à son origine quelques plaques laiteuses.

Reins (120 et 130 gr.), rien d'appréciable à l'œil nu.

Remarques. — Je ne veux, à propos de cette observation, relever que trois points :

1° La *difficulté du diagnostic* de la nature de l'obstacle dans les cas d'obstruction du cholédoque. Plusieurs de mes collègues, et particulièrement M. Quénu dans la dernière séance, ont insisté sur ce fait; le cas ci-dessus contribuera à le mettre en relief. Je rappelle cependant que, chez mon malade, certaines circonstances n'étaient pas favorables à l'idée de calculs. Le diagnostic ne sera pourtant jamais assez ferme pour rendre la laparotomie exploratrice inutile. Trop souvent celle-ci a permis de découvrir des calculs alors que l'on semblait en droit de songer plutôt à un cancer. On ne saurait donc refuser au malade le bénéfice d'une exploration, qui pourra conduire à une cure radicale.

2° La *facilité d'exploration du cholédoque.* — J'ai insisté sur la manœuvre très simple qui a permis de le mettre à découvert sur la plus grande partie de son étendue. Je sais bien que précisément, lorsqu'il s'agit de calculs, les choses se présentent souvent autrement, en ce sens que le conduit biliaire est perdu dans des adhérences qui le cachent obstinément à la vue et au doigt. M. Gérard-Marchant cependant, dans une de ses observations, a pu par le même moyen mettre le cholédoque a découvert, l'inciser et extraire les calculs contenus.

3° *Le danger de ces opérations exploratrices.* En ceci je suis en désaccord avec mon excellent collègue M. Quénu, il est certain qu'une opération du genre de celle que j'ai pratiquée, même rapidement conduite, est grave, lorsqu'elle est faite chez un homme déjà d'un certain âge présentant du côté du foie les lésions qui accompagnent inévitablement la rétention complète de la bile. On a vu que chez mon malade on n'a trouvé d'autres lésions, en

dehors de celle du pancréas, qu'une énorme dilatation des conduits biliaires intrahépatiques

J'ajoute que la bile recueillie avec une pipette le jour de l'opération, examinée par mon chef de laboratoire, M. Macaigne, a été trouvée absolument stérile. Il n'y avait au reste à l'autopsie pas trace de péritonite.

M. Quénu. — Je fais observer simplement à M. Monod que son opération n'a pas été simplement exploratrice, mais suivie d'une gastro-cholécystentérostomie.

M. P. Michaux. — Je ne puis que remercier mes collègues et me féliciter de la discussion soulevée par mon très court rapport sur l'intéressante observation de cholédocotomie qui nous a été adressée par notre collègue, M. Lejars.

Sans doute l'expérience de chacun de nous sur cette opération encore neuve n'est pas très considérable, mais l'ensemble des faits apportés à cette tribune constitue cependant un faisceau lumineux qui précise certains points encore vagues et mal établis.

Un seul point nous divise, et encore n'est-ce qu'un point de détail : Quelle incision convient-il de faire à la paroi abdominale pour faire une bonne cholédocotomie ?

Notre collègue, M. Quénu, tient pour l'incision médiane ; c'est l'incision médiane qu'ont pratiquée et que défendent MM. Ricard et Lejars.

Le canal cholédoque, disent-ils, est situé presque sur la ligne médiane ; de plus cette ligne médiane ne renferme pas de vaisseaux volumineux, on n'est pas exposé à des hémorrhagies toujours sérieuses chez les hépatiques.

Ces objections sont-elles aussi sérieuses que le prétend notre collègue, M. Quénu ? Je ne le crois pas et je demande à défendre à nouveau la voie latérale, l'incision verticale au bord externe du muscle droit.

Tout d'abord, sur la question des hémorrhagies plus fréquentes au bord externe du muscle droit, je ferai remarquer que je n'ai jamais observé d'hémorrhagies pariétales dans mes opérations sur les voies biliaires qui ont toutes été faites par l'incision latérale. On n'a pas vu d'accidents graves imputables à l'incision latérale dans toutes les cholécystectotomies et cholécystotomies pourtant si nombreuses.

Je suis tout disposé, comme M. Quénu, à tenir compte de la présence anatomique des branches anastomotiques de l'épigastrique et de la mammaire interne avec les artères latérales de l'abdomen, j'attache une non moins grande importance à l'influence hémorrhagique de l'hépatisme, mais je crois qu'en mettant quelques pinces

et au besoin quelques catguts de plus sur les vaisseaux de la paroi, nous aurons écarté tout danger sérieux de ce côté.

Reste la question de l'accès plus ou moins facile sur les régions calculeuses.

Je ne nie pas le moins du monde que l'incision médiane ne conduise facilement vers le canal cholédoque, ce que je conteste c'est que l'incision médiane soit la bonne incision exploratrice des voies biliaires. M. Quénu nous a très judicieusement fait observer que le diagnostic d'obstruction calculeuse du cholédoque ne pouvait presque jamais être posé d'une manière ferme, que la laparotomie exploratrice était presque toujours nécessaire et que bien souvent elle rectifiait le diagnostic premier.

Dans ces conditions, si je fais appel au souvenir de tous ceux qui ont opéré des malades de cette sorte, combien de fois n'a-t-on pas trouvé des calculs concomitants dans la vésicule et dans le canal cystique.

Dans un travail tout récent qui vient de paraître dans la *Revue de Chirurgie*, M. Vautrin, de Nancy, a bien souligné ce fait que la lithiase biliaire n'était pas limitée au cholédoque dans les deux tiers environ des faits de cholédocotomie ; on est donc conduit, deux fois sur trois, à agir simultanément sur la vésicule et sur le canal cholédoque ; pourquoi dès lors faire deux incisions puisqu'une seule peut suffire ?

Dans les cas même où l'obstruction cholédoquienne est seule en cause, il ne s'agit pas toujours d'un calcul, on est alors conduit à faire une cholécystentérostomie ou une cholécystostomie, ce qui se fait incontestablement plus facilement par l'incision externe. Il n'est donc pas douteux que l'incision latérale externe est plus souvent indiquée que l'incision médiane et qu'elle est véritablement l'incision exploratrice de choix dans la lithiase biliaire.

Je ne suis d'ailleurs pas seul de cet avis ; les faits apportés dans cette discussion par mes collègues Schwartz et Gérard-Marchant confirment absolument l'opinion que je viens de défendre. J'ai pratiqué moi aussi des recherches anatomiques, M. Vautrin, de Nancy, en a vérifié l'exactitude dans plusieurs opérations sur le vivant et sur le cadavre ; j'ai toujours trouvé possible et facile d'aborder le cholédoque par l'incision latérale externe, il faut sans doute faire une incision suffisamment grande, mais cela vaut mieux que d'en faire deux, et je puis assurer que l'accès au cholédoque est toujours facile. Depuis l'ouverture de cette discussion, j'ai eu l'occasion deux fois de faire l'exploration du cholédoque pour des signes d'obstruction. Dans un cas, j'ai vu très facilement, et montré à mes internes, des ganglions caséeux qui entouraient le canal à son entrée dans la tête du pancréas ; dans l'autre, bien plus difficile, j'ai

pu, en divisant un mesocolon transverse très graisseux, arriver facilement sur la deuxième portion du duodenum et constater qu'elle était le siège d'un néoplasme assez volumineux qui comprimait par moment l'embouchure du cholédoque. Il n'y avait de calculs ni dans un cas ni dans l'autre, et je termine en affirmant que cette exploration très complète dans les deux cas a mis absolument sous mes yeux le canal cholédoque sur lequel il m'eût été facile d'agir, si cela m'avait paru nécessaire.

M. Quénu. — Je n'espère pas convaincre M. Michaux et ne veux pas prolonger une discussion qui deviendrait fastidieuse. On ne peut soutenir que l'hémostase ne soit infiniment plus facile sur la ligne médiane. D'autre part, au point de vue du diagnostic, s'il est difficile de déterminer la nature de l'obstruction des voies biliaires, il est relativement plus aisé de résoudre le problème suivant : s'agit-il d'une obstruction des voies accessoires de la bile, vésicule ou canal cystique? ou bien des voies principales, foie, canaux hépatiques et cholédoque? En général, l'ictère chronique et la décoloration des matières répondent à cette question.

Les intérêts opératoires du cholédoque et de la vésicule sont contradictoires; je crois que, si on soupçonne une affection cholédoquienne, il vaut mieux sacrifier un peu les intérêts de la vésicule et aller droit au cholédoque par la voie médiane.

Rapport.

Sur un travail de M. le Dr Hagopoff (de Constantinople), intitulé : *Description d'un nouveau bouton anastomotique et d'un instrument dit tire-bouton destiné à l'extraire par la voie buccale.*

Rapport par M. CHAPUT.

Le bouton de M. Hagopoff a la forme d'une bague dont la surface extérieure présente une gouttière circulaire large et peu profonde ; cette gouttière est munie de stries parallèles.

L'orifice central du bouton est très large, il mesure 8 millimètres environ, le diamètre total n'atteint guère que 10 à 12 millimètres ; certains boutons sont circulaires, d'autres sont elliptiques.

Cet instrument permet d'exécuter la suture circulaire et toutes les anastomoses latérales.

Voici comment on applique cet instrument :

Je suppose qu'il s'agisse d'une suture circulaire de l'intestin.

On introduit le bouton monté sur une pince hémostatique dans

un des bouts de l'intestin et, avec une ligature en masse, on fixe l'intestin sur la gorge du bouton. Avec une pince à disséquer et des ciseaux, on excise les parties exubérantes qui dépassent la ligature.

On répète la même manœuvre sur l'autre bout d'intestin et on termine par un étage de sutures séro-séreuses.

L'entéro-anastomose s'exécute d'une manière identique, on lie en masse les orifices intestinaux sur le bouton, puis on fait un étage séro-séreux par-dessus.

La même manœuvre est applicable pour l'estomac ; le manuel opératoire décrit par l'auteur est extrêmement difficile à comprendre, mais je crois qu'il vaut mieux s'en tenir à ce que j'ai dit que de chercher à expliquer son texte.

M. Hagopoff a construit un instrument très ingénieux pour retirer le bouton par la bouche dans les cas de gastro-entérostomie.

Cet instrument est une espèce de longue sonde œsophagienne terminée par une boule biconique. La tige de cette sonde est creuse ; elle contient un long fil d'argent qui, au niveau de l'olive, se termine par une anse ; on peut faire saillir l'anse métallique ou la faire rentrer facilement.

Voici maintenant le mode d'emploi de cet appareil :

Avant de commencer la gastro-entérostomie, on introduit le tire-bouton dans l'estomac ; on incise la paroi stomacale sur l'olive, on tire celle-ci au dehors ; on fait saillir l'anse de fil d'argent ; on y attache un fil solide, long de 1 mètre environ, qui, à l'autre extrémité, est noué sur le bouton de l'auteur, on retire par la bouche le tire-bouton et le fil du bouton.

Ceci fait, on exécute la gastro-entérostomie comme il a été dit, et le malade conserve son fil sortant par la bouche.

Au bout de quelques jours, lorsqu'on a le droit de supposer que le bouton peut être facilement extrait, on procède de la manière suivante : on engage l'extrémité libre du fil tracteur dans l'anse métallique du tire-bouton ; on retire le fil métallique complètement, de telle sorte que le fil tracteur fasse issue à l'extrémité supérieure du tire-bouton. On introduit alors le tire-bouton dans l'œsophage, puis dans l'estomac. A mesure que le tire-bouton descend on tire sur le fil tracteur.

A un moment donné l'olive du tire-bouton arrive au contact du bouton anastomotique ; on tire alors fortement sur le fil tracteur et on retire en même temps par la bouche le tire-bouton, le fil et le bouton lui-même.

Examinons maintenant quelles sont l'originalité et la valeur de ces deux instruments.

Le principe du bouton de M. Hagopoff n'est pas neuf. Sachs, en

1890, a construit un bouton identique à celui de M. Hagopoff; la gouttière de l'instrument de Sachs est seulement un peu plus profonde que celle du bouton de M. Hagopoff; les instruments de Neuber, Landerer, Allingham, tous plus anciens, sont construits sur le même principe; ils représentent tous une gouttière circulaire.

J'ai moi-même fait construire un instrument analogue en 1894 et jamais l'idée ne m'est venue de le présenter comme un instrument nouveau et original.

Le mode d'emploi de ces boutons est sensiblement le même que celui de M. Hagopoff. Je reprocherai seulement à ce dernier d'avoir donné une description de son manuel opératoire que je ne suis arrivé à comprendre qu'après l'avoir vu répéter sur le cadavre.

Je reprocherai encore à M. Hagopoff de préconiser la ligature en masse pour fixer l'intestin sur le bouton. Cette ligature provoque un sphacèle rapide de l'intestin et elle occasionne un bourrelet volumineux de tissus destinés à se sphaceler et qui, non seulement empêchent l'adossement des surfaces séreuses, mais encore sont susceptibles d'infecter l'étage séro-séreux placé plus en dehors.

En outre, la gouttière de ce bouton est trop étroite pour contenir des parois stomacales un peu épaisses; ce reproche est d'ailleurs peu grave, car il serait facile de modifier l'instrument dans ce sens.

En définitive, la réunion de l'intestin n'est assurée dans le procédé de M. Hagopoff que par un seul étage séro-séreux. Je ne puis pour ma part trouver suffisant cet étage unique, puisque je n'ai cessé de répéter qu'il était indispensable de faire deux étages séro-séreux quand on voulait réaliser une suture d'intestin à peu près infaillible.

Le bouton qu'on nous a présenté ne s'appuie donc pas sur un principe nouveau, et son mode d'emploi ne me paraît pas parfaitement satisfaisant.

M. Hagopoff prétend, en outre, faire des valvules suffisantes en invaginant pour ainsi dire un des viscères dans l'autre; les valvules ainsi obtenues sont beaucoup trop petites pour obturer quoi que ce soit; il est donc inutile de compliquer le manuel opératoire dans un but illusoire.

J'en arrive au tire-bouton.

Cet instrument est vraiment très ingénieux, et sur le cadavre il réalise admirablement son programme, comme j'ai pu m'en convaincre dans les expériences que M. Hagopoff a faites en ma présence.

Malheureusement je crois l'extraction du bouton inutile et je pense que l'emploi du tire-bouton n'est pas sans inconvénients.

Le séjour prolongé des boutons de Murphy dans l'estomac n'a jusqu'ici causé aucun accident, il ne semble donc pas que l'on doive sans motifs sérieux préconiser l'extraction assez compliquée de cet instrument.

D'autre part, le bouton de M. Hagopoff est assez petit pour pouvoir traverser sans difficultés le tube digestif ; donc son extraction est inutile. D'autre part, les boutons plus gros, comme celui de Murphy ou le mien, ne sauraient se prêter comme celui de M. Hagopoff à l'extraction par la bouche ; ici encore le tire-bouton est inutile.

Je crois, en outre, que son emploi est dangereux. J'ai, en effet, à plusieurs reprises, introduit des sondes œsophagiennes chez des malades anesthésiés ; dans tous les cas cette introduction a provoqué des vomissements. Or, rien n'est plus redoutable au cours de la gastro-entérostomie que les vomissements, qui déversent des matières septiques dans le péritoine.

Encore un dernier mot ; M. Hagopoff conseille d'extraire son bouton du troisième au cinquième jour ; c'est beaucoup trop précoce ; à cette époque on risquerait de déchirer les adhérences encore trop tendres.

Je ferai remarquer en terminant que le bouton et le tire-bouton en question n'ont pas été employés sur l'homme. L'auteur m'a déclaré oralement qu'il avait fait des expériences sur le chien avec son bouton, mais ces expériences ne sont pas rapportées dans son mémoire.

Quoique je ne sois pas sur bien des points de l'avis de M. Hagopoff, je me plais à reconnaître l'ingéniosité de ses conceptions et son habileté opératoire. Je vous propose, en conséquence, de publier son travail dans nos bulletins et de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger de notre Société.

Discussion.

M. Quénu. — Je suis peu disposé, jusqu'à nouvel ordre, à changer le bouton de Murphy pour un autre. En améliorant la technique, je suis arrivé à ne plus avoir de mauvais résultats. Le principal perfectionnement consiste à intercepter la communication entre la portion d'estomac sur laquelle on agit et le reste de la cavité ; cela évite d'une façon certaine l'épanchement au dehors du contenu gastrique. Or, c'est certainement cet épanchement qui, en souillant les surfaces adossées, en empêche la réunion. Restait le séjour

possible du bouton dans les voies gastro-intestinales ; c'est pour éviter cet inconvénient que j'avais eu l'idée d'introduire dans l'œsophage une sonde munie d'un fil rattaché au bouton de Murphy, de manière à ce que, le fil sortant par la bouche, on pût, huit ou dix jours après, extraire le bouton par les voies naturelles. Malheureusement le bouton vient buter contre le cardia, et son extraction est impossible sur le cadavre ; c'est pour remédier à ces difficultés que M. Hagopoff, qui avait assisté à mes tentatives, a inventé son tire-bouton. M. Hagopoff a reconnu d'ailleurs que j'avais la priorité de l'idée, et il l'a dit dans son travail. M. Chaput aurait pu en faire mention.

M. Faure fait une communication intitulée : *Pied-bot valgus par contracture des péroniers latéraux ; allongement des péroniers ; guérison.* M. Kirmisson, rapporteur.

Présentations de malades.

1° *Greffe italienne et greffe de Thiersch.*

M. Paul Reclus. — Voici quatre opérés que je vous présente, tant en mon nom qu'au nom de notre collègue M. Berger, car deux de ces malades ont été greffés par lui selon la méthode italienne et par moi selon les procédés de Thiersch. J'espère qu'ils vous convaincront de l'excellence de la combinaison de ces deux modes de greffes qui, je crois, ne sauraient se suppléer et qui présentent, chacune, des indications particulières.

Mais d'abord voici mes malades. Le premier est un nommé Gabriel Vidal, âgé de onze ans, qui, au mois de juin 1894, fut brûlé à la paroi abdominale et à la cuisse droite. Les lésions étaient si étendues que la guérison m'avait paru impossible. Cependant, grâce au dévouement d'un ministre anglican, étudiant en médecine, qui, dans le service, le pansa et le soigna avec une constance et une habileté exceptionnelle, il survécut; la plaie, d'une énorme étendue, se rétrécit par cicatrisation et par attraction de la peau voisine à tel point qu'un traitement chirurgical me parut possible. J'appelai en consultation mon voisin de salle, le professeur Berger, qui fut d'avis de pratiquer la greffe italienne. Un lambeau très étendu fut emprunté par lui à la cuisse gauche et transplanté sur la cuisse droite au niveau du triangle de Scarpa. Au bout de vingt et un jours, le pédicule fut coupé et la greffe avait prise presque tout entière ; à peine était-il survenu un peu de sphacèle du point extrême, le plus éloigné du pédicule. Mais, malgré l'étalement, malgré l'aug-

mentation de surface de ce lambeau étiré par les tissus inodulaires voisins, il restait encore une perte de substance considérable que je comblai plus tard avec des greffes de Thiersch empruntées à la cuisse saine du petit malade et au bras droit de sa mère. Vous voyez la perfection du résultat.

Ma deuxième malade, Céline Vaillant, avait quarante-quatre ans lorsque, au mois de novembre 1895, elle se fit une brûlure circulaire de l'avant-bras et qui s'étendait du poignet jusqu'à 1 ou 2 centimètres au-dessous du pli du coude. Ici encore une partie de la perte de substance fut comblée par la cicatrisation et par la peau saine des parties environnantes attirées par la traction inodulaire de la membrane granuleuse. Mais il restait un vaste ulcère sur lequel je fis, le 22 mars, une première greffe italienne; un lambeau de sept centimètres de côté fut pris sur l'abdomen et transplanté sur la partie externe de la perte de substance. Le pédicule en fut coupé le vingt et unième jour. Au bout de deux mois une nouvelle greffe italienne de même étendue que la première fut encore prise sur l'abdomen et appliquée sur les parties externes de l'ulcération; mais comme il restait encore une grande surface granuleuse, je les comblai, plus tard, avec cinq greffes enlevées au rasoir sur les cuisses droite et gauche et voyez quel en a été le résultat.

Voici mon troisième cas : une jeune fille de quinze ans me fut envoyée par mes collègues Maubrac et Maurange; elle s'était fait une brûlure du membre supérieur droit et si étendue qu'on se demandait si la désarticulation de l'épaule ne deviendrait pas nécessaire. La membrane granuleuse va de l'acromion au poignet; il y a cependant un étroit lambeau de peau saine au niveau du coude. J'appelle en consultation mon collègue Berger qui applique sur la région antérieure du pli du coude un lambeau pris sur le ventre. Trois semaines plus tard, nouvelle greffe italienne; deux lambeaux sont pris sur le thorax et sont appliqués en bracelet sur le bras qu'ils recouvrent en avant et en arrière. Ils sont suturés entre eux à la partie externe. Les lambeaux se greffèrent dans toute leur étendue, mais il restait de grands espaces vides sur lesquels, en six séances différentes, je pratiquai des greffes de Thiersch. En moins de quatre mois notre opérée était guérie avec un bras agile et qui jouit de tous ses mouvements, sauf de l'extrême extension.

Enfin voici ma quatrième opérée, Elisabeth Lapalme, qui, le 21 septembre 1895, se fit une brûlure de l'avant-bras gauche et du dos de la main. Je prends, lorsque la plaie est devenue granuleuse, un lambeau de 21 centimètres de base à l'hypochondre gauche et je l'applique sur la face postérieure de l'avant-bras. Il a pris et, malgré son étendue, il n'y a pas eu trace de sphacèle. Mais il restait une ulcération considérable sur le dos de la main et sur la

face antérieure de l'avant-bras ; nous l'avons recouverte par des greffes de Thiersch. La cicatrisation est maintenant complète et nous n'avons à regretter que l'aspect lipomateux de la greffe italienne; notre lambeau abdominal était doublé d'une très épaisse couche de graisse ; elle persiste encore en s'atténuant tous les jours.

Ces exemples vous montrent le parti que j'ai pu tirer de l'emploi simultané de la greffe de Thiersch et de la greffe italienne. Dans les cas que je vous ai présentés, ni l'une, ni l'autre méthode n'aurait suffi à elle seule. En effet, nous n'aurions pu, pour recouvrir ces vastes pertes de substance, trouver assez de peau dans les tissus voisins pour faire la seule greffe italienne qui, d'ailleurs, laisse au point d'emprunt du lambeau des cicatrices qu'il vaut mieux ne pas multiplier. D'autre part, la greffe de Thiersch, excellente pour couvrir de petites pertes de substance, donne, lorsque la surface à recouvrir est trop considérable, des cicatrices précaires, sans résistance, facilement ulcérées. Lorsqu'on veut recouvrir une surface étendue, il faut créer des contre-forts solides, et c'est la greffe italienne qui les procure. Les lambeaux italiens épais, peau totale et bien irriguée, forment comme un massif central nutritif sur lesquels s'appuient les greffes fragiles de Thiersch.

Discussion.

M. Berger. — Je suis d'accord avec M. Reclus sur l'association des deux greffes. Je saisis cette occasion pour montrer un malade opéré, il y a six mois, pour une flexion de la main sur le bord cubital, à la suite de brûlures. Je montre ce malade également à cause du dégraissement des lambeaux qui s'est chez lui spontanément effectué.

M. Reclus. — Il est remarquable de voir combien l'application de la greffe de Thiersch arrête l'hémorrhagie.

M. Monod. — Le dernier malade de Berger n'est pas un exemple de greffe de Thiersch, c'est la transplantation d'un fragment entier de peau, de la greffe vraie, celle qu'a étudiée Paul Bert, et qui a été pratiquée pour la première fois en France par Le Fort.

M. Michaux. — M. Berger a parlé de curetage préliminaire, cette manœuvre n'est pas favorable à la greffe de Thiersch. Il vaut mieux se servir du rasoir ou du bistouri.

2° M. Robert présente deux malades traités par la suture osseuse.

3° *Péritonite tuberculeuse.*

M. Nélaton. — J'ai l'honneur de présenter à la Société une jeune femme, opérée en 1890, par M. Terrillon[1], pour une péritonite tuberculeuse. Cette jeune femme fut présentée à la Société par M. Terrillon, le 18 juin 1890, guérie de sa péritonite tuberculeuse. Elle resta guérie pendant quatre ans, reprit ses occupations et eut une santé parfaite. Depuis deux ans, elle souffrait du ventre, elle avait des coliques et, les accidents douloureux ayant augmenté dans les derniers temps, elle était venue me consulter.

En l'examinant, j'avais constaté l'existence de deux trompes volumineuses et fluctuantes et j'avais rapporté les phénomènes douloureux à l'existence de ces trompes malades et kystiques.

J'ai donc fait une laparotomie itérative, le 15 mai de cette année, et les constatations faites au cours de cette laparotomie me paraissent intéressantes à rapporter.

Je fis la laparotomie en incisant sur la cicatrice de l'opération faite par M. Terrillon. Cette cicatrice ne dépassait pas l'ombilic et je fis mon incision plus longue en haut, de façon à le dépasser.

Bien m'en prit, car c'est à la partie supérieure seulement de mon incision que j'ouvris la cavité péritonéale ; elle ne contenait pas de liquide et le péritoine pariétal, ainsi que le péritoine viscéral, était absolument sain.

Au bas de mon incision, le péritoine pariétal et le péritoine viscéral étaient, en quelque sorte, fusionnés, ou mieux, remplacés par une sorte de tissu cellulaire très lâche (analogue à celui qui réunit les enveloppes du scrotum au cordon). Par pression avec les doigts, je réussis à séparer les intestins de tous les organes de l'excavation qui lui étaient unis par le tissu cellulaire lâche, et je mis à découvert les trompes, grosses chacune comme une poire d'Angleterre volumineuse. J'isolai ces trompes et les enlevai sans difficultés.

La guérison fut complète en quinze jours, sans incidents.

Je rapporte cette observation parce qu'elle me paraît démontrer :

1° Que la laparotomie faite par M. Terrillon avait amené la guérison complète des lésions péritonéales qu'il avait visées, et que cette guérison s'était maintenue pendant six ans ;

2° Que la cause de cette péritonite tuberculeuse n'avait pas été atteinte par la simple ouverture de l'abdomen, et que les lésions originelles des trompes n'ayant pas été enlevées, ces lésions avaient

[1] *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 469.

continué à évoluer ; de là me paraît sortir une indication de premier ordre, déjà fournie, je crois, par M. Bouilly : c'est de ne pas se contenter, en cas de péritonite tuberculeuse, de l'ouverture de la cavité péritonéale et de son nettoyage, mais d'explorer les annexes et de les enlever si elles sont malades ;

3° Que la guérison des péritonites tuberculeuses bacillaires par l'incision simple n'est pas discutable, la présence du bacille de Koch dans le pus des trompes actuellement extirpées mettant, selon moi, hors de doute la nature bacillaire de la péritonite opérée par M. Terrillon.

Observation. — Emilie S..., âgée de 22 ans, lingère, entrée le 11 mai 1896, chalet, lit n° 1.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort ; la malade ne peut préciser la maladie cause de mort. La mère est encore vivante et bien portante. La malade a trois frères et une sœur, tous également bien portants.

Antécédents personnels. — La malade a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 12 ans. Elle n'aurait été atteinte d'aucune maladie pendant cette période de son existence ; ni rougeole, ni scarlatine, etc. A l'âge de 12 ans, elle souffre pour la première fois du ventre.

Celui-ci grossit rapidement, sans douleurs fortes ni localisées.

La malade reste alitée pendant cinq mois et, au bout de ce temps, l'abdomen ayant repris son volume normal, la guérison semble être complète.

A l'âge de 15 ans, au moment de l'établissement des premières règles, et après trois ans de guérison apparente, les mêmes phénomènes se reproduisent identiquement semblables à ceux de la première atteinte. A ce moment (année 1890) elle est présentée à M. Terrillon, qui l'admet dans son service à la Salpêtrière et lui fait subir une laparotomie.

La malade guérit rapidement de l'opération et depuis elle n'a jamais vu l'abdomen augmenter de volume comme autrefois. Elle ressent cependant encore de vagues douleurs et de la pesanteur au niveau de l'abdomen, et cela depuis un an surtout.

Elle entre dans le service de M. le Dr Nélaton le 11 mai 1896.

A son entrée, le ventre est souple et normal, on voit la cicatrice de la première opération au niveau de la ligne blanche. Au toucher l'utérus, en rétroversion légère, est enclavé entre deux masses volumineuses et indurées, occupant les culs-de-sacs, et répondant selon toute probabilité à des annexes malades kystiques et adhérentes.

On décide de faire la laparotomie suivie d'ablation des trompes.

L'opération a lieu le 15 mai. A l'ouverture du péritoine celui-ci présente *un aspect absolument normal*, les intestins sont lisses. Ils sont refoulés vers le diaphragme, et pour découvrir la cavité pelvienne, il faut dégager par pressions douces l'intestin adhérant par un tissu cellulaire, lâche, lamelleux à la paroi et aux organes de l'excavation. Les

annexes se présentent alors sous l'aspect de deux corps du volume d'un gros œuf d'oie, ellipsoïdaux et réunis aux cornes utérines par les trompes renflées en forme d'S.

Ligature du pédicule et enlèvement facile des deux côtés. La paroi est recousue, pansement.

Les fils sont enlevés au bout de dix jours. La malade sort guérie le 7 juin.

Les pièces enlevées constituaient deux masses sensiblement égales du volume d'un œuf d'oie. L'une d'elles, la droite, ouverte accidentellement, laisse échapper un liquide purulent, rappelant le pus des abcès froids, et vraisemblablement de nature tuberculeuse. L'examen de cette pièce, fait aussitôt après l'opération, montra qu'elle était constituée par la trompe dilatée et tenant à l'utérus par son extrémité flexueuse et par l'ovaire ; trompe et ovaire étant d'ailleurs enveloppées d'une sorte de gangue, plus adhérente en certains endroits et ménageant des poches pleines de liquides, sur la paroi desquelles on distinguait très nettement des granulations ; elles représentaient, en un mot, les dernières traces de la péritonite tuberculeuse qui avait nécessité l'opération de M. Terrillon en 1890. Voici du reste l'examen de ces poches, fait par M. Marien au laboratoire de M. Brault.

L'examen bactériologique du pus contenu dans les trompes est positif, au point de vue du bacille de Koch. Sur des coupes faites au niveau des trompes et de l'ovaire, voici ce que l'on remarque : la paroi des trompes, très épaissie, est constituée par du tissu fibreux, infiltré d'éléments embryonnaires, au milieu desquels l'on trouve un grand nombre de cellules géantes. L'on voit aussi par place des îlots de caséification.

Le processus inflammatoire a aussi envahi le parenchyme de l'ovaire, où l'on retrouve des lésions classiques de l'inflammation tuberculeuse.

Discussion.

M. Berger. — Je puis donner les résultats éloignés de deux cas. Un malade a été opéré il y a six ans ; la guérison s'est maintenue. Le deuxième cas est relatif à une forme circonscrite ; la malade guérit, vécut quatre ans, elle succomba à une tuberculose intestinale avec perforation.

M. Routier. — Je puis citer trois cas, dont deux sembleraient infirmer les assertions de mon collègue Nélaton, tandis que l'autre vient à l'appui de sa manière de voir.

Le premier est relatif à cette femme que je vous ai présentée dans une séance de novembre 1894 ; je venais de lui faire une

laparotomie pour étranglement interne, et j'avais pu constater l'intégrité complète de son péritoine au point de vue de la tuberculose ; or, elle avait, en septembre 1891, subi une laparotomie pour péritonite tuberculeuse, faite par notre collègue G. Marchant. L'étranglement avait été produit sur une bride fibreuse.

Le second cas est celui d'une jeune femme que j'ai opérée pour péritonite tuberculeuse en septembre 1890, et que je vous ai présentée guérie à deux reprises, peu après sa laparotomie et en 1898.

Je viens de la revoir en mai 1896 ; rien d'anormal du côté de son ventre, et je l'ai bien examinée, car elle s'est mariée et se préoccupait de n'avoir pas eu de grossesse : après un examen minutieux, je n'ai rien senti du côté de ses annexes ; par contre, elle a maigri et sa respiration m'a parue très rude au sommet droit.

Au contraire, dans le troisième cas que je veux vous citer, la péritonite tuberculeuse à forme ascitique se compliquait de salpingite également tuberculeuse que j'ai enlevée ; la malade est guérie ; ce cas a six mois de date.

M. Richelot. — Il ne faut pas croire que la péritonite tuberculeuse ait toujours ni même habituellement pour point de départ une lésion tuberculeuse des annexes. Elle existe par elle-même et évolue isolément, en tant que tuberculose péritonéale, et les malades en guérissent complètement, par la laparotomie, sans qu'on ait touché à leurs annexes ; ou bien celles-ci deviennent malades secondairement, et leur ablation achève la guérison, déjà acquise du côté du péritoine. Il est donc légitime, dans un bon nombre de cas, de faire une pure laparotomie sans castration tubo-ovarienne. J'en trouve la preuve dans une observation curieuse, que j'ai déjà publiée ; c'est celle d'une jeune femme à qui j'ai fait une première laparotomie simple pour une tuberculose péritonéale confluente ; à qui un de mes collègues a fait une seconde laparotomie, pour récidive de son ascite ; à qui j'ai fait une troisième laparotomie, pour une énorme éventration consécutive à la seconde, et alors j'ai pu constater la guérison complète de la péritonite tuberculeuse, sans adhérences et avec restitution complète de la surface lisse, rosée et partout mobile du péritoine viscéral. Puis cette malade, ayant un retour de douleur, vint me demander une quatrième laparotomie, et je lui trouvai des annexes volumineuses, adhérentes, parenchymateuses, dont je fis l'ablation intégrale. Elles étaient remplies de foyers tuberculeux.

Cette double salpingite, qui n'existait pas lors de ma première intervention, car je n'avais trouvé alors qu'un semis de granulations à la surface de l'ovaire et de la trompe petits et mobiles, s'était développée secondairement et avait évolué pendant que la lésion

du péritoine marchait en sens inverse et arrivait à la guérison. Il est donc bien évident que les annexes n'étaient pas, chez cette malade, l'origine de la tuberculose péritonéale.

M. Quénu. — Il ne faut pas croire, comme semble le faire M. Nélaton, que, dans les cas analogues au sien, la salpingite soit toujours primitive; il peut se faire qu'elle succède à la pénétration et à la fructification ultérieure de granulations qui, primitivement, ne recouvraient que la surface. Il existe des péritonites tuberculeuses avec gros noyaux ovariques ou salpingiens, et alors je ne manque jamais de faire l'extirpation, ou bien il n'existe qu'un semis de granulations, recouvrant les péritoines des ligaments, et alors je me contente des lavages à l'eau naphtolée.

M. Championnière. — Les lésions tuberculeuses présentent beaucoup de polymorphisme.

J'ai opéré, il y a quelques années, une hernie ombilicale dans une jeune femme. J'ouvris le ventre à cause d'un écoulement ascitique par la plaie. Il y avait sur le péritoine des plaques disséminées; je vérifiai l'état des trompes et ovaires; je n'y vis rien d'anormal; la femme guérit. Au bout de dix-huit mois, elle revint dans le service, amaigrie. Je trouvai cette fois des tumeurs volumineuses; je les enlevai. L'examen des pièces en démontra la nature tuberculeuse. La malade guérit.

M. Ricard. — Je donnerai une observation confirmative de celle de M. Nélaton.

M. Walther. — En 1890, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Monod, que j'avais l'honneur de remplacer pendant les vacances, j'ai soigné une femme atteinte de salpingite double avec périmétrite très étendue. Après un assez long traitement par le repos et les injections chaudes, les douleurs augmentant toujours d'intensité, je me décidai, sur la demande instante de la malade, à faire la laparotomie.

A l'ouverture de l'abdomen, je trouvai le péritoine farci de granulations tuberculeuses, sans épanchement. Les granulations étaient généralisées; elles existaient sur le péritoine pariétal, étaient très nombreuses sur l'intestin grêle, sur la vessie, presque confluentes sur le grand épiploon.

Les annexes, prises dans de très épaisses adhérences, n'étaient même pas apparentes à la surface de la masse pelvienne, et la moindre tentative de décortication au milieu de ces masses fibreuses provoquait un écoulement sanguin en nappe assez abondant.

Dans ces conditions, en présence de cette éruption généralisée de tubercules miliaires, je n'insistai pas pour libérer très pénible-

ment et très longuement les annexes. Je me contentai de faire un tamponnement à la gaze iodoformée et je refermai le ventre. La malade se remit rapidement de cette laparotomie simplement exploratrice et quitta l'hôpital au bout de trois semaines, se considérant comme guérie, car, du jour de l'intervention, les douleurs avaient cessé.

Grand fut mon étonnement de la revoir deux ans et demi plus tard à l'Hôtel-Dieu; elle était venue me remercier, se trouvant complètement guérie. Et, de fait, à la palpation, l'abdomen était absolument souple et indolore, et le toucher vaginal permettait de constater une résorption complète de la double salpingite et des exsudats pelviens; l'utérus avait sa mobilité normale, les culs-de-sac du vagin étaient souples et libres, non douloureux.

Dans ce cas, par conséquent, prêt à intervenir pour une double salpingite très douloureuse, je me suis arrêté en présence d'une péritonite tuberculeuse généralisée, croyant inutile ou même dangereux de faire, dans un pareil milieu, très laborieusement et très longuement sans doute, une ablation des annexes que j'aurais sûrement pratiquée si la fusion avec les parties voisines avait été moins intime.

Cette intervention incomplète, cette simple laparatomie avec drainage iodoformé, a eu pour résultat immédiat la disparition des douleurs et, comme résultat ultérieur, l'arrêt dans son évolution de la péritonite tuberculeuse.

M. Nélaton. — Il n'est dit nulle part qu'il faille, en cas de salpingite tuberculeuse trouvées au cours d'opérations pour péritonite tuberculeuse, en pratiquer l'extirpation. M. Quénu nous dit qu'il suit cette pratique, c'est bien, mais il ne suppose pas que, plus que lui, je confonde les lésions de surface, commandant l'abstention, avec les lésions réelles des organes, commandant l'intervention.

Présentation de malade.

M. Potherat présente une petite fille opérée pour une tumeur de l'arrière-cavité des fosses nasales.

Présentation de pièce.

M. Richelot présente une tumeur du cœcum extirpée.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Quénu.

Séance du 8 juillet 1896.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

Communication.

Sur un cas de gastrocystentérostomie,

Par M. TERRIER.

Messieurs, à propos de l'observation de cholécysto-gastrostomie, que vous a communiquée notre collègue M. Charles Monod, permettez-moi quelques remarques.

Dans le numéro 3 de la *Revue de chirurgie* de cette année (1896) j'ai publié l'observation d'un malade atteint d'ictère chronique par suite d'une néo-formation de la tête du pancréas, avec dégénérescence des ganglions voisins.

Dans le but de rétablir le cours de la bile dans l'intestin, je fis, le 19 décembre 1895, aidé de M. le docteur Hartmann et de M. Mignot, interne du service, une *cholécysto-gastrostomie*. Ne pouvant aboucher la vésicule avec la première portion du duodénum, je le fis avec l'estomac. Les suites opératoires furent des plus simples et le malade est sorti du service le 22 janvier 1896, dans un état relativement très satisfaisant. A Vincennes, où il fut envoyé en convalescence, mon opéré fut assez médiocrement soigné, il y prit froid et je dus l'abriter de nouveau à l'hôpital Bichat, où il fut gardé en observation pendant deux mois environ.

A sa sortie, l'ictère avait tout à fait disparu et l'état général était aussi bon que possible, les digestions faciles et les forces reprenaient un peu. Toutefois, l'amaigrissement persistait et le malade se plaignait parfois de douleurs abdominales, du côté de l'intestin.

Le 22 juin 1896, Del..., ayant perdu l'appétit et souffrant de nouveau au creux de l'épigastre, entra à l'hôpital Lariboisière, dans le service du docteur Landrieux. Il se plaint de douleurs épigastriques assez vagues et ne peut plus digérer que le lait. Depuis un mois il avait beaucoup maigri, et pesait 45 kilogrammes. Notez que le 10 février 1896, il avait atteint le poids de 58kgr,500. C'était une perte de 13kgr,500 en quatre mois.

Le malade se cachectise très rapidement et meurt le 2 juillet dernier.

L'autopsie fut faite le 3 juillet par M. Rousseau, externe du service de M. Landrieux, auquel nous adressons tous nos remerciements, pour les notes qu'il nous a données à ce sujet.

On constate l'existence d'un cancer de la tête et du corps du pancréas, la queue de cet organe paraissant saine. La néo-formation et la deuxième portion du duodénum ne faisaient qu'une seule masse, difficile à disséquer.

Le duodénum était ulcéré sur une surface d'environ 1 centimètre et demi de diamètre et offrait là une perforation limitée par un bourrelet muqueux.

Le péritoine était envahi par le cancer et le mésentère présentait une tumeur cancéreuse du volume du poing. Il y avait de l'ascite. Le foie, sans noyaux cancéreux, était rempli d'abcès miliaires, dont l'un avait acquis le volume d'un œuf de poule.

La vésicule biliaire était accolée à la première portion du duodénum. Du côté de l'estomac, ouvert, on voyait l'orifice pylorique normal et, au-dessus de lui, une ouverture de dimensions presque égales à celles du pylore et à contours très réguliers. Le doigt, introduit dans cet orifice, pénétrait de suite dans la vésicule biliaire, n'offrant aucune altération de sa muqueuse.

Le canal cholédoque n'était oblitéré qu'à sa portion terminale, par la néo-formation pancréatique.

Rien d'anormal du côté des autres organes de l'abdomen.

Cœur graisseux, poumons et reins sains.

En résumé, mon opéré de décembre de l'année dernière paraît avoir succombé à l'évolution lente de son cancer, déjà très volumineux lors de l'intervention, et ayant alors aussi envahi les ganglions mésentériques.

Au point de vue des accidents ultimes, je ferai remarquer l'apparition d'abcès multiples du foie, abcès miliaires dont un offrait un notable volume.

Il y eut là très probablement de l'angiocholite septique due à l'infection de la néo-formation par l'ulcération duodénale.

Je n'ai pas besoin d'ajouter combien il eût été désirable d'avoir un examen bactériologique de la bile et du pus des abcès du foie, pour juger la question.

Jusqu'ici, je n'avais trouvé qu'un autre cas de cholécystogastrostomie, publié par Max Wickhoff et Fr. Angelberger, dans le

Wiener Klinische Wochenschrift de 1893 (p. 325) ; celui que vous a communiqué M. Charles Monod serait une troisième observation, trop vite terminée, malheureusement, pour en tirer quelque enseignement sur la digestion stomacale et sur les troubles qu'elle pourrait subir, sousl influence constante de la bile. Ces troubles sont fort contestables, comme je l'ai déjà fait remarquer dans mon petit mémoire de la *Revue de chirurgie*, d'accord en cela avec les recherches physiologiques surtout dues au professeur Dastre.

Discussion sur les greffes de Thiersch.

M. Kirmisson. — Comme mes collègues, je considère la greffe de Thiersch comme une excellente opération, et j'en ai obtenu de bons résultats. Mais, sous ce nom, il ne faut pas désigner les greffes cutanées comprenant toute l'épaisseur du derme, comme celle qui vous a été présentée dans la dernière séance par M. Berger ; comme le rappelait M. Monod, ces faits se rattachent à la méthode de greffe employée pour la première fois par Le Fort, greffe par lambeaux cutanés complètement détachés. La greffe de Thiersch est une greffe dermo-épidermique. Mais, ce qui me paraît plus important encore que la composition du lambeau, c'est l'avivement préalable des bourgeons charnus ; autrefois, en effet, nous appliquions les greffes sur les bourgeons suppurants, en voie incessante de destruction, et bien souvent les greffes étaient entraînées les jours suivants par la suppuration ; au contraire, dans l'opération par la méthode de Thiersch, on applique l'une contre l'autre des surfaces cruentées ; c'est là, pour moi, la condition maîtresse du succès.

M. Reclus. — Deux pratiques sont en présence ; l'une, celle du rasoir, prônée par M. Michaux, l'autre, celle de la curette. Je ne me suis jamais servi que de la curette, et j'ai toujours obtenu de bons résultats. Ce qui me paraît capital, ce n'est pas la façon dont on enlève les bourgeons charnus, c'est le fait de l'enlèvement de ces bourgeons.

M. Monod. — J'insiste à mon tour sur l'utilité de l'abrasion des bourgeons. Un second point doit être mis hors de conteste, c'est la persistance des résultats donnés par la greffe de Thiersch.

M. Schwartz. — Nos collègues P. Berger et Reclus nous ont présenté dans la dernière séance un certain nombre de blessés chez lesquels, à la suite de cicatrices par brûlures, ils ont obtenu

de très beaux résultats grâce aux greffes italienne et de Thiersch associées.

M. Reclus a insisté sur la difficulté qu'il y avait à recouvrir de larges surfaces de greffes de Thiersch seules et a montré l'heureuse association de la greffe italienne avec la première; il est certain que c'est là une manière de faire très heureuse et que nous avons appliquée en 1891 sur un homme du service du professeur Duplay, que nous avions l'honneur de suppléer.

Il s'agissait d'une énorme cicatrice rétractile par brûlure, occupant toute la face entéro-interne du genou gauche, ayant amené une flexion presque à angle droit impossible à redresser, sans d'ailleurs que l'articulation soit lésée.

Chez lui, j'associai la greffe par glissement à celle de Thiersch; après avoir excisé toute la cicatrice, je pris un grand lambeau sur la jambe; je le greffai sur la plaie par rotation de son pédicule, puis, lorsque la plaie de la jambe fut granuleuse, elle fut recouverte de greffes de Thiersch; ce fut notre collègue Delbet qui se chargea de la seconde partie de l'opération.

Je pus revoir cet opéré en décembre, trois mois après, complètement guéri et pouvant mouvoir facilement son genou.

Toutefois, la greffe de Thiersch, à elle seule, peut servir à recouvrir de très grandes pertes de substances, comme vous pouvez le voir sur cette femme qui eut une brûlure au troisième degré de tous les téguments des deux faces dorsales du poignet et de la main. Vous pouvez voir que les greffes de Thiersch nous ont donné un très bon résultat, si ce n'est esthétique, au moins fonctionnel. Outre la rapidité de la guérison, tous les mouvements de la main et des doigts sont faciles.

Il faut placer les greffes très rapprochées, recouvrir entièrement la surface à greffer, si l'on ne veut pas voir se former entre les greffes même des cicatrices plus ou moins kéloïdales.

La greffe de Thiersch doit être dermo-épidermique; le lieu de prédilection de leur prise est la face entéro-externe de la cuisse, que l'on peut facilement tendre et dont on peut détacher les lambeaux à l'aide d'un rasoir très affilé, sur une longueur de 10 à 15 centimètres. La plaie à recouvrir doit être débarrassée par curettage de ses bourgeons charnus.

La greffe de Thiersch ne doit pas être confondue avec la greffe cutanée en lambeau ou en mosaïque de Le Fort; c'est un exemple de cette greffe que nous a montré notre collègue Berger et parfaitement réussi.

Nous en avons nous-même obtenu de très beaux succès pour des plaies de peu d'étendue dès que cette dernière le devient, la

greffe italienne, l'autoplastie par glissement et les greffes de Thiersch sont seules de mise.

M. Michaux. — Je demande à insister encore sur certains détails d'exécution des greffes. Il y a intérêt à enlever les bords de l'ulcère, je conseille de ne pas appliquer immédiatement le lambeau et de ne le faire qu'après s'être assuré de l'hémostase par une compression de quelques minutes. J'attache enfin quelque importance aux précautions pré et postopératoires, telles que le massage, la mobilisation, etc.

M. Reclus. — Je maintiens qu'il est dangereux de ne recouvrir que de la seule greffe de Thiersch les pertes de substance par trop considérables.

Rapport.

Ictère : coliques hépatiques subintrantes, cholécysto-duodénostomie. Guérison, par M. Pierre Delbet.

Rapport par M. BROCA.

M. Delbet nous a communiqué une observation intéressante dont voici le résumé :

Une femme de 30 ans, à hérédité tuberculeuse nette, et ayant eu, à l'âge de 10 ans, la fièvre typhoïde, puis ayant subi en septembre 1894 l'hystérectomie vaginale pour salpingite, fut atteinte pour la première fois de coliques hépatiques le 26 février 1896 ; dès le 1er mars apparaissait l'ictère, total, avec décoloration des matières, les coliques devenaient subintrantes, rebelles à la morphine, et l'affaiblissement étant très considérable, M. Delbet fut prié par M. Gingeot d'examiner la malade. L'intensité des phénomènes douloureux et surtout l'absence de dilatation de la vésicule firent porter le diagnostic de calcul, et comme l'état général périclitait rapidement, l'intervention fut décidée et pratiquée dès le 19 mars.

Une incision verticale à travers le grand droit conduisit M. Delbet sur une vésicule rétractée, mais non adhérente, où le doigt ne sentit aucun calcul ; après avoir effondré quelques adhérences filamenteuses, l'index pénétra dans l'hiatus de Winslow et put sentir vers le hile quelques ganglions, mais aucun calcul du cholédoque. Mais, à supposer qu'un petit calcul n'ait pas été méconnu, restait l'hypothèse d'un rétrécissement inflammatoire, ou même d'un petit cancer. Dans la vésicule ouverte, M. Delbet ne put faire pénétrer une sonde à plus de 6 centimètres, et d'autre part, après l'avoir vidée, il ne vit plus s'écouler de bile, mais il conclut à une acholie réflexe et non point à une obstruc-

tion du canal cystique, et il prit le parti de pratiquer la cholécysto-duodénostomie. L'opération, rendue assez difficile par la rétraction de la vésicule, fut menée à bien sans encombre ; l'incision latérale de la paroi abdominale fut très favorable à ce temps de l'intervention, vu la petitesse de la vésicule, et, d'autre part, elle avait permis une exploration très complète du hile et du cholédoque.

La guérison fut rapide, entravée seulement du cinquième au treizième jour par une poussée de congestion pulmonaire et, le 19 avril, la malade quittait l'hôpital guérie, ayant repris son teint normal, excrétant des fèces colorées et ne ressentant plus aucune douleur.

Dans cette observation, je ferai d'abord remarquer la rapidité avec laquelle MM. Gingeot et Delbet ont conclu à l'acte chirurgical, trois semaines après le début des coliques et de l'ictère. D'aucuns auraient temporisé, et laissant la malade s'affaiblir, ils auraient perdu l'occasion de la guérir. Avec M. Delbet, je pense que le temps ne fait rien à l'affaire, et si une semblable précocité opératoire ne doit pas être érigée en principe, au moins dans le cas actuel ne saurait-on que l'approuver. C'est grâce à elle que, intervenant sur une malade encore apyrétique et en état général passable, M. Delbet a pu obtenir la guérison d'une intervention radicale, mais longue et laborieuse.

Dans ces conditions, en effet, l'exploration complète du hile et du cholédoque est un acte assez minutieux, et d'autre part, cela fait, la rétraction de la vésicule rend l'anastomose intestinale particulierement délicate. Au mois de décembre 1894, je me suis trouvé aux prises avec ces difficultés chez une dame de 55 ans, auprès de laquelle je fus appelé alors que l'ictère était complet depuis cinq mois ; la malade avait maigri de 30 kilogrammes, l'intolérance gastrique était complète, et, depuis un mois environ, s'était déclarée de la fièvre, à accès irréguliers, avec frissons, 40° de température. Et lorsque j'arrivai à la maison de santé, le matin de l'opération, je trouvai la malade en proie à un paroxysme fébrile ayant débuté au milieu de la nuit.

Il fallait donc que l'acte chirurgical fût réduit au minimum, et lorsque, par l'incision latérale sur le bord externe du grand droit, j'eus abordé une vésicule très rétractée et adhérente, lorsque j'eus constaté qu'il m'aurait fallu peiner pour me sculpter dans les adhérences un chemin jusqu'au cholédoque, je ne songeai même pas à la cholécysto-entérostomie et je pratiquai une simple fistule biliaire, en entourant d'une collerette d'épiploon le drain qui allait de la paroi à la vésicule, car celle-ci était bien trop petite et trop friable pour être attirée au dehors.

Mon opérée a guéri ; les accès de fièvre — pendant lesquels la bile devenait incolore et contenait des flocons purulents — se sont

tout de suite atténués et espacés ; depuis plus d'un an il n'en est plus question ; l'appétit aujourd'hui est parfait, l'état général est florissant, l'ictère est nul, les matières fécales sont colorées. Mais il persiste une fistule biliaire à écoulement abondant et ma malade est certes en moins bonne posture que si, à défaut d'une cholédocotomie, je lui eusse pratiqué une cholécystentérostomie.

L'état anatomique de la vésicule eût-il permis cette opération ? peut-être pas. Mais, cinq mois auparavant, était-il aussi défectueux? le contraire est probable. Et même, si la vésicule avait été de volume notable, je me serais abstenu ; il fallait soumettre à l'opération la plus simple possible cette femme à bout de forces et minée par la fièvre.

Voilà pourquoi, dans les cas de ce genre, il importe de ne pas attendre pendant les semaines et les mois des délais encore classiques ; voilà pourquoi je félicite M. Delbet, et avec lui M. Gingeot, qui lui a confié sans tarder la malade.

Dans ce cas particulier, certains chirurgiens, redoutant l'infection ascendante des voies biliaires par la fistule intestinale, auraient peut-être eu, de parti pris, recours à la cholécystostomie ; il y a, sans contredit, d'assez nombreux malades dont la fistule biliaire s'est oblitérée, tandis que la bile reprenait son cours, quoique le calcul n'eût pas été extrait du cholédoque. Mais mon observation prouve qu'il n'en est pas toujours ainsi, et d'autre part un fait antérieur a prouvé à M. Delbet qu'après cholécystentérostomie, l'infection des voies biliaires n'est pas constante. Les observations suivies pendant longtemps ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'on puisse porter un jugement définitif ; aussi, après avoir félicité M. Delbet de son beau succès immédiat, émettrai-je le vœu qu'il revoie son opéré à longue échéance et qu'il nous en donne des nouvelles, mais sans avoir besoin, cette fois, de l'intermédiaire d'un rapporteur.

Je vous propose d'adresser des remerciements à M. Delbet et de déposer son travail dans nos archives.

Discussion.

M. Terrier. — Les deux observations du rapport de M. Broca ne sont pas comparables. Dans le cas de M. Delbet, il paraît s'être agi d'une néoformation, la bile n'était pas septique. Dans le cas de M. Broca, il existait de l'infection biliaire et il y avait intérêt à faire une fistule biliaire cutanée et à attendre, quitte à faire une deuxième opération pour fermer cette fistule ou la convertir en fistule intestinale.

Toutes les fois qu'un chirurgien fait une de ces trois opérations,

il doit recueillir de la bile et l'examiner; l'infection biliaire persiste d'une façon désespérante quand il s'agit d'une angiocholite; elle est cause de l'insuccès des opérations qu'on tente pour fermer la fistule biliaire, d'autant que l'écoulement de bile au dehors étant supprimé, la virulence s'exalte, ainsi que j'ai pu m'en assurer chez deux malades.

M. Routier. — Permettez-moi, à cette occasion, de vous citer un fait tout récent dans lequel j'ai fait une cholécystentérostomie secondaire.

Un homme de 57 ans me fut adressé en janvier 1896, pour un ictère vert, un amaigrissement excessif et une tumeur hépatique qui semblait bombée et que je pris pour un cancer.

Sur la demande expresse du malade, je pratiquai une laparotomie sur la partie la plus saillante de la tumeur; selon mon habitude, l'incision porta en dehors du muscle droit.

Je tombai sur une énorme vésicule. Cette vésicule fut vidée, elle contenait de la bile stérile, un litre environ.

Je cherchai vainement, soit du côté du canal cholédoque, soit du côté du duodénum et du pancréas, quelque dureté correspondant à un cancer probable; je ne sentis rien.

Je refermai ma plaie et fixai la vésicule ouverte et très facile à attirer à cause de son volume.

Les suites furent simples, mais le malade perdit des quantités de bile énormes; on ne pouvait lui tenir le pansement propre.

Néanmoins, cet homme a augmenté de 12 kilogrammes; opéré à 57 kilogrammes, il avait 66 kilogrammes lors de ma dernière intervention.

Pour obvier à cet écoulement de bile, j'ai cru devoir faire une cholécystentérostomie; mais les adhérences étaient telles, que j'ai cru devoir me contenter d'aboucher cette vésicule, très réduite de volume depuis son ouverture, avec le côlon transverse, pensant que s'il a augmenté de 12 kilogrammes en perdant sa bile, il n'augmentera pas moins en déversant sa bile dans le côlon.

Voilà douze jours, il va très bien.

J'ai fait cette cholécystentérostomie avec le bouton de Murphy, et je profite de cette circonstance pour dire que j'ai pu, par cette voie latérale, très bien explorer et le cholédoque et le duodénum.

Pendant ma dernière opération, j'ai de nouveau cherché la cause de cette occlusion du cholédoque. Je ne l'ai pas trouvée; cependant, il me semble que son pancréas est plus volumineux qu'à l'état normal, mais je ne puis me prononcer sur l'existence d'un néoplasme.

M. Quénu. — J'ai pratiqué une fistule biliaire pour angiocholite

dans deux cas : chez un malade, après m'être assuré que les phénomènes de rétention biliaire ne tenaient pas à de la lithiase du cholédoque je ponctionnai la vésicule qui était dilatée et n'en retirai qu'un liquide séreux non coloré. J'étais très embarrassé pour savoir quelle conduite j'avais à tenir quand peu à peu la bile filtra dans la vésicule et je me déterminai pour la création d'un abouchement de la vésicule avec l'estomac au moyen d'un bouton de Murphy. Les suites furent simples, sans aucune complication opératoire ; la fièvre tomba et le malade sembla sortir de son état général grave ; il finit par succomber au bout de cinq à six jours, sans fièvre et avec un pouls à 72 pulsations.

L'autopsie nous démontra l'existence d'une angiocholite suppurée intrahépatique. Le canal hépatique et le cholédoque étaient très dilatés, sans calculs ; le canal cystique était, au contraire, très rétréci à son union avec le col de la vésicule, et c'est à peine si une bougie filiforme put être introduite. Je cite ce fait parce qu'il démontre la complexité de certaines observations et l'embarras où peut se trouver le chirurgien.

Dans le deuxième cas, je pratiquai une fistule cutanée chez un malade atteint d'ictère et de décoloration des matières depuis deux mois ; la langue était rouge, sèche, la fièvre persistante, l'état général grave. Ce fut une véritable résurrection et actuellement le malade, complètement déjauni, est dans un état de santé très satisfaisant. La perte de bile, que j'ai évaluée en pesant les pansements avant et après, varie par jour de 350 à 500 grammes. Je pense que, dans les cas graves, il est indiqué de faire l'opération la plus simple, c'est-à-dire la fistule cutanée, quitte à aboucher secondairement dans un deuxième temps la vésicule avec l'estomac ou le duodénum.

M. Terrier. — Le malade de M. Routier avait une vésicule dilatée, sans aucune adhérence à l'entour, la bile était aseptique ; ces renseignements paraissent militer en faveur d'une néoformation des voies biliaires. Il est bien certain que les conditions étant différentes, la détermination à prendre devra différer. Dans un cas qui m'est commun avec M. Monod, j'ai établi secondairement une anastomose intestinale et les choses ont bien marché.

M. Broca. — Je ne sais pas si dans le cas de M. Delbet, il s'agit d'un cancer, et avec cette vésicule petite, ces adhérences chez une femme jeune, brusquement prise, l'hypothèse de calcul méconnu est fort soutenable ; j'ai d'ailleurs eu soin de dire qu'elle n'était pas incontestable. Voilà pourquoi, malgré l'avis de M. Terrier, j'ai cru pouvoir comparer cette observation à la mienne, pour prouver que, si on n'attend pas la période d'infection, on peut agir à tête

reposée et ne pas être acculé à une opération, très efficace sans doute, mais suivie d'une légère infirmité. Je n'ai jamais voulu soulever ici la grosse question du traitement chirurgical des angio-cholites suppurées, ni celle du traitement des fistules consécutives à la cholécystostomie, et, dès lors, je n'ajouterai rien à la discussion qui vient d'avoir lieu.

Communication.

Résection du ganglion de Gasser. Arrachement protubérantiel du trijumeau,

Par M. POIRIER.

Ayant été appelé à réséquer le ganglion de Gasser sur un malade du service du professeur Raymond, j'ai d'abord étudié et répété sur le cadavre les divers procédés employés jusqu'à ce jour. Après beaucoup de tâtonnements, je suis arrivé à fixer d'une façon précise le manuel de cette opération que beaucoup de chirurgiens déclarent très difficile, sinon impossible. Après l'avoir répétée 25 fois sur le cadavre à l'amphithéâtre de l'école pratique, devant les élèves, et dans l'amphithéâtre du professeur Berger sur le vivant, je n'hésite pas à déclarer que, pour un chirurgien tant soit peu anatomiste, la résection du ganglion de Gasser, précédée de l'arrachement protubérantiel du trijumeau, ne présente point de difficulté réelle.

Pour comprendre et exécuter méthodiquement avec sûreté et sécurité ce manuel opératoire, il est indispensable d'avoir bien présents à l'esprit les points principaux de l'anatomie de la région temporale, de la fosse ptérygo-maxillaire ou zygomatique et de l'étage moyen de la base du crâne.

Le procédé auquel je me suis arrêté, après un grand nombre d'essais, n'a pour ainsi dire rien de personnel ni d'original, si ce n'est la succession et la minutieuse description des temps qu'il comprend et modifie quelque peu, les ayant empruntés aux procédés connus de Rose, Horsley, Krause, Doyen, etc.

Toutefois, cette réserve n'est point valable pour ce qui concerne le dégagement du ganglion et l'arrachement du trijumeau, temps derniers dont je n'ai point trouvé les descriptions dans les auteurs que j'ai lus.

1er TEMPS : *Incision cutanée et dissection du lambeau.* — L'incision commence sur la tubérosité malaire et monte verticale sur la face génienne (externe) de l'os malaire jusqu'à la fonction des apo-

physes orbitaires du malaire et du frontal ; là, elle se recourbe pour traverser horizontale la région temporale et redescendre verticalement dans le sillon préauriculaire jusqu'au tragus. C'est un Ω dont la branche postérieure descend un peu moins bas que l'antérieure. C'est, à peu de chose près, l'incision que Salzes conseille pour aller réséquer le maxillaire inférieur dans le trou ovale ; elle en diffère toutefois en ceci que Salzes et ceux qui l'ont imité divisent, suivant cette même ligne, la peau, l'aponévrose et le muscle temporal. Incisez franchement jusqu'à l'os sur le malaire, plus légèrement dans la région temporale et surtout en descendant le sillon préauriculaire, afin de ménager aussi longtemps que possible les vaisseaux temporaux superficiels qui seront coupés, pincés et liés dans l'angle auriculaire du lambeau. La dissection du lambeau entame les insertions malaires du grand zygomatique, met à nu l'aponévrose temporale, l'apophyse zygomatique et, à 1 centimètre au-dessous de celle-ci, les lobules supérieurs de la glande parotide qu'il importe de ménager.

Ne vous inquiétez point, au cours de cette dissection, de la petite hémorrhagie résultant de la section des artères et veines temporales. C'est, je le répète, au niveau de l'angle auriculaire du lambeau que vous pincerez et lierez ces vaisseaux.

2° TEMPS : *Résection de l'apophyse zygomatique et de la moitié postérieure du losange malaire.* — Le lambeau ayant été disséqué et rabattu vers l'angle de la mâchoire, incisez, comme Kröulein et Rose, l'aponévrose temporale le long de l'apophyse orbitaire et du zygoma ; seulement, incisez à quelque distance, 2 ou 3 millimètres du rebord osseux, afin de pouvoir recoudre à la fin de votre opération. Achevez bien cette incision en arrière. Là il vous arrivera de couper la temporale moyenne que vous lierez si elle saigne ; plus tard, votre muscle temporal saignera moins.

Section du malaire. — Cet os doit être scié suivant son grand axe vertical. A cet effet, engagez de haut en bas la forte sonde cannelée de Nélaton sous l'apophyse orbitaire externe et grattant avec le bec la face postérieure du malaire, faites émerger ce bec au niveau du tuberculaire malaire ; un coup de pointe à ce niveau dans l'épaisse insertion tendineuse du masséter facilitera la sortie de la sonde. Sur cette sonde laissée en place, avec la petite scie à main maintenue perpendiculairement à l'os qu'elle va couper en quelques secondes, sciez l'os malaire : la manœuvre est des plus faciles, puisque la sonde protège les parties sous-jacentes et la peau de la joue. La section du malaire est affaire de quelques secondes, si vous vous servez de la petite scie à main qui se trouve dans toutes les boîtes à opérations ; point n'est besoin de recourir

aux scies circulaires que d'aucuns conseillent : évitez surtout la scie à chaîne, instrument dangereux et d'utilité contestable.

Section de l'apophyse zygomatique. — Cette apophyse doit être coupée au niveau du point de jonction de ses deux racines, sur le tubercule zygomatique. Ne perdez point de vue que le trou ovale, vers lequel vous allez, est au bout de la racine transversale, à 35 millimètres environ du tubercule zygomatique.

A la section transversale conseillée par tous, je préfère un trait oblique coupant l'os immédiatement en arrière du tubercule zygomatique, juste en avant du condyle, qui est plus facile à sentir que le tubercule. Pour cette section, l'instrument de choix est la pince coupante (bien qu'elle brise plus qu'elle ne coupe), agissant au lieu dit, presque parallèlement au grand axe de l'apophyse zygomatique. Par ce trait — outre que vous vous donnez une plus large entrée dans la profondeur — vous obtenez une surface de section double de celle obtenue par un trait transversal, ce qui n'est point à négliger pour la consolidation à venir.

Soyez prévenu que si vous enfoncez trop le bec de votre pince, vous ouvrirez peut-être le compartiment supérieur (ménisco-temporal) de l'articulation temporo-maxillaire. L'accident n'est pas d'importance ; cependant, mieux vaut l'éviter. Un coup du bec de la pince réséquera au besoin une petite pointe osseuse ayant échappé à la pince.

L'étendue de la brèche osseuse ainsi obtenue est de 4 centimètres : je viens de la mesurer sur les six derniers sujets utilisés pour fixer et décrire ce manuel opératoire. Sur l'un d'eux, elle n'est que de 35 millimètres, parce que la section du malaire a passé un peu en arrière de son grand axe vertical ; aussi, sur ce sujet, la résection du ganglion a été plus pénible.

Les os étant coupés, il faut rabattre l'arc zygomatique et le masséter. Pour cela, renversez en bas et en dehors l'arc osseux, séparez doucement avec le bec de la sonde cannelée le temporal et le masséter bien souvent continus ; au cours de cette séparation, vous rencontrerez toujours une artériole et d'assez grosses veines ; pincez-les, c'est autant de fait, et notez, si vous avez le goût de l'anatomie, que ce n'est point l'artère massétérine, laquelle passe plus bas, dans l'échancrure symoïde. Poursuivez ce rabattement assez bas pour que le bec de votre sonde puisse bien délimiter la coronoïde, engainée par le tendon du temporal ; traînez le bec de la sonde sur les bords antérieur et postérieur du temporal ; le long du bord postérieur, vous rencontrerez les vaisseaux et nerfs massétérins ; en avant, dégagez le bord antérieur de la graisse fluide qui l'entoure ; c'est en bas, vers la joue, qu'il faut rejeter cette graisse,

continuation de la boule graisseuse. D'aucuns enlèvent cette graisse, et je l'ai fait une fois ; mais à quoi bon ? Repoussée en bas, elle ne vous gênera plus et, plus tard, elle servira à combler la vaste excavation que vous allez creuser.

3e TEMPS : *Section du sommet de la coronoïde et relèvement du temporal ; dénudation de la partie inférieure de la fosse temporale.* — Les bords du muscle temporal étant dégagés et l'apophyse coronoïde reconnue, sectionnez à la pince coupante le sommet de cette apophyse. Comme le tendon temporal engaine l'apophyse et descend très bas sur sa face interne, il faut achever au bistouri la section du tendon et des fibres inférieures du temporal. Lorsque le bout inférieur de ce muscle sera bien dégagé, commencez à relever le muscle vers la fosse temporale. Parfois, on éprouve quelque peine à le séparer du ptérygoïdien externe, avec lequel il se continue ; le plus souvent, l'interstice des deux muscles est traversé par une artériole et des veinules et, aussi souvent, par l'artère maxillaire interne elle-même (voy., à ce sujet, l'intéressante thèse de mon élève Juvara, *Anat. de la région ptérygo-maxillaire*. Paris, 1895). Dans tous les cas, liez avec soin l'artère et les veinules qui passent dans l'interstice ptérygo-maxillaire. Tant mieux si c'est le tronc même de la maxillaire, le reste de l'opération sera plus facile, la plaie restant presque exsangue.

Ceci fait, relevez le muscle temporal, dénudant avec la rugine la fosse temporale, depuis la crête temporale du sphénoïde jusqu'à deux bons travers de doigt au-dessus (je désigne sous le nom de *crête du sphénoïde*, crête sous-temporale de quelques auteurs, la crête épineuse qui, sur la face exocranienne de la grande aile du sphénoïde, sépare la portion temporale, supérieure ou verticale de cette aile, de sa portion inférieure, cette dernière étant horizontale et formant avec le temporal le plafond de la fosse ptérygo-maxillaire ou plan sphéno-temporal). Cette crête est formée d'une série de tubercules plus ou moins saillants, dont l'antérieur, le plus gros, est le tubercule du sphénoïde.

4e TEMPS : *Dénudation du plan sphéno-temporal, reconnaissance du trou ovale et de l'émergence du nerf maxillaire inférieur.* — Ce temps est des plus faciles et ne demande que quelques secondes. Rappelez-vous d'abord que le plan sphéno-temporal est à peu près horizontal et que le trou ovale est à 20 ou 23 millimètres de profondeur sur le prolongement de la racine transverse (condyle temporal) de l'apophyse zygomatique. Avec la même rugine courbe qui a servi à dénuder la fosse temporale, dénudez le plan sphéno-temporal, en partant de la crête sphénoïdale. Cheminez entre le périoste et l'os, dans une direction transversale, immédiatement en avant du con-

dyle temporal. Le dos de l'instrument repousse et protège le ptérygoïdien et les vaisseaux ; à 20 millimètres de profondeur, après avoir bien épongé avec une compresse maintenue en place quelques instants, vous reconnaîtrez et VERREZ le bord postérieur de l'aile externe de la ptérygoïde et, immédiatement en arrière de lui, le trou ovale d'où émerge un gros trousseau rougeâtre, le nerf maxillaire inférieur. Avec le bout mousse de votre sonde cannelée, isolez quelque peu ce paquet nervo-vasculaire.

Je dois insister sur trois points :

a) J'ai dit : vous verrez et reconnaîtrez, etc., parce que l'on peut et l'on doit *voir :* 1° le bord postérieur de l'aile externe de la ptérygoïde ; 2° le nerf émergeant du trou ovale. N'essayez pas d'aller reconnaître ces parties avec le doigt ; une pulpe d'index, comprimée entre le plan sphéno-temporal et le périoste qui bride et protège les parties molles, arriverait difficilement jusqu'au fond de la région ; si elle parvient à toucher ces parties du bout de l'ongle, elle sentira mal et rapportera de faux renseignements. J'ai fait voir nettement toutes ces parties sur le vivant ; je les vois et fais voir dans mes répétitions sur le cadavre ; ce m'est une occasion de redire : là, comme partout ailleurs, l'œil seul est le bon guide ; méfiez-vous des sensations perçues par une pulpe fatiguée.

b) Le nerf maxillaire inférieur, à son émergeance, n'apparaît point sous la forme de ce gros cordon blanc que représentent nos figures d'anatomie, toujours trop claires ; entouré de vésicules et de tissu celluleux, c'est un cône rougeâtre dont le sommet s'enfonce dans le trou ovale.

c) Que votre rugine agisse bien dans le plan frontal, toujours parallèle et tangeante au condyle temporal ; il est arrivé à de bons opérateurs de s'égarer en avant vers la fente ptérygo-maxillaire.

d) Immédiatement en arrière et un peu en dehors du trou ovale, c'est-à-dire plus près de l'opérateur, est le trou petit rond, par lequel pénètre la méningée moyenne ; vous ne le reconnaîtrez point le plus souvent, car il est protégé par la saillie du condyle temporal. C'est dans le temps suivant que vous arriverez à lui, par la fosse moyenne, et que vous lierez la méningée moyenne, si vous en reconnaissez la nécessité.

5[e] TEMPS. — *Résection de la partie basse de la fosse temporale et du plan sphénotemporal. Soulèvement progressif du lobe temporosphénoïdal. Reconnaissance de la partie intracranienne du maxillaire inférieur.* — La plupart des auteurs qui ont pris cette voie temporo-sous-temporale pour aller à la recherche du maxillaire inférieur ou du ganglion de Gasser conseillent, à ce moment de l'opération, de commencer la brèche osseuse par l'application d'une

couronne de trépan, soit dans la fosse temporale, soit sur le plan sphénotemporal. Il est beaucoup plus simple, plus facile, moins long d'ailleurs et moins dangereux d'ouvrir au ciseau la fosse temporale, mince, d'épaisseur inégale, précisément au point où elle est doublée de la méningée, moyenne parfois, contenue dans un canal osseux complet.

Donc, avec un ciseau bien coupant, à tige grosse et carrée pour qu'il puisse être bien tenu, à tête large pour protéger la main contre les coups du marteau, agissant presque parallèlement à la surface osseuse, circonscrivez un lambeau d'environ deux centimètres carrés. De petits coups de maillet font pénétrer le ciseau dans la table externe de l'os ; dès que le ciseau a pénétré quelque peu, imprimez-lui un mouvement de bascule pour soulever et détacher un copeau osseux ; c'est la manœuvre du charpentier équarrissant un tronc d'arbre. Répétez la même manœuvre tout à côté et à la troisième, au plus tard à la quatrième application du ciseau, vous détacherez un fragment comprenant toute l'épaisseur de la paroi très mince à ce niveau. La dure-mère étant à nu dans une étendue variable, suivant la dimension de l'éclat osseux, décollez-la avec l'instrument approprié et, remplaçant le ciseau par la pince-gouge, agrandissez et régularisez l'orifice de la fosse temporale, après quoi vous attaquerez le plan sous-temporal par morsures successives de la pince-gouge, jusqu'au trou ovale que vous ouvrez par un dernier coup de pince.

Il va sans dire que la dure-mère a été décollée au fur et à mesure ; d'ailleurs, la branche intracranienne convexe de la pince suffit d'ordinaire à ce décollement.

Sur la dure-mère, on voit la méningée moyenne qui s'enfonce vers le trou petit, rond. Quelques opérateurs ont lié cette artère ; je n'ai pas eu l'occasion de le faire, ayant trouvé, dans le cas que je rapporterai plus loin, une dure-mère exsangue, car la méningée moyenne avait été envahie et partiellement détruite par le sarcome, au niveau de son entrée dans le crâne.

Dans mes répétitions sur le cadavre, il m'a paru que cette ligature n'était pas indispensable.

Remarque. — Point n'est besoin de trépaner *largement* la fosse temporale ; un orifice ovalaire de 3 centimètres de largeur sur 2cm,5 de hauteur est très suffisant pour les manœuvres ultérieures sur le ganglion. La brèche du plan sphénotemporal qui continue cet orifice doit garder une largeur de 2 centimètres environ.

Ces indications relatives aux dimensions n'ont rien d'absolu, elles constituent un minimum très suffisant ; si l'on est gêné, quelques morsures de la pince-gouge auront vite fait d'agrandir l'orifice.

6e TEMPS. — *Reconnaissance des nerfs maxillaire inférieur et maxillaire supérieur ; dégagement de la face cérébrale du ganglion de Gasser, section des nerfs maxillaire et supérieur au niveau des trous ovale et grand rond ; soulèvement et dégagement de la face cranienne du ganglion ; pincement, avant son épanouissement, du trijumeau; arrachement protubérantiel de ce nerf ; extraction du ganglion d'arrière en avant.* — Le nerf maxillaire inférieur ayant été reconnu et le trou ovale échancré, on voit le gros nerf dont l'enveloppe celluleuse se continue avec la dure-mère qui recouvre le lobe temporophénoïdal. Cette continuité n'est qu'apparente; soulevez légèrement avec l'*écarteur malléable* auquel vous aurez donné une courbure appropriée à la forme du lobe cérébral, soulevez, dis-je, le lobe temporophénoïdal et, agissant avec la pointe mousse de la sonde cannelée de Nélaton, au fond du sillon formé par la réunion du maxillaire inférieur et de la dure mère, vous détacherez facilement la dure-mère. Votre écarteur, manié par votre main gauche, s'avançant et relevant la dure-mère au fur et à mesure que votre sonde canelée la sépare du ganglion, vous aurez mis à nu, en quelques secondes, la face cérébrale de celui-ci ; vous reconnaîtrez alors très facilement le nerf maxillaire supérieur et parfois la branche ophtalmique confondue avec la paroi externe du sinus caverneux. Il faut maintenant dégager de même la face cranienne du ganglion.

Avec le névrotome courbe à pointe mousse, chargez et coupez dans le trou ovale, devenu large échancrure, le nerf maxillaire inférieur ; ayez soin de charger ce nerf d'arrière en avant en engageant la pointe mousse d'un névrotome courbe à concavité tranchante entre la méningée moyenne et le maxillaire inférieur, de façon à ménager l'artère. Chargez et coupez, mais cette fois dans l'intérieur du crâne, le nerf maxillaire supérieur.

Maintenant, prenant avec une pince à disséquer le bout central du maxillaire inférieur, soulevez par ce nerf le ganglion et dégagez la face pétreuse de celui-ci avec la pointe mousse de votre sonde cannelée jusqu'au delà du ganglion, à l'entrée du nerf dans la caverne Meckelii. Là, comme pour la face cérébrale, évitez de pousser le dégagement trop en dedans vers le sinus caverneux. Ayez la main légère, car le ganglion repose sur la carotide interne séparé d'elle par une mince couche fibreuse.

Le ganglion étant ainsi dégagé et visible par ses deux faces, il reste à pincer le nerf à son entrée dans le ganglion; avec une pince hémostatique ordinaire, prenez le nerf au niveau de son entrée dans le ganglion. Ne tirez pas d'abord, mais tordez sur place, de façon à arracher le nerf à son origine protubérantielle.

Lorsque le tronc du trijumeau aura été arraché, continuez le

mouvement de torsion imprimé à la pince hémostatique pour achever, par arrachement encore, et d'arrière en avant, l'enlèvement de la branche ophtalmique. Soyez prévenus que la branche ophtalmique n'est d'ordinaire pas disséc able sur la paroi externe du sinus caverneux.

Lorsqu'on veut enlever en totalité cette branche, on ouvre infailliblement le sinus, sans attacher à cet incident plus d'importance qu'il ne faut, car le sinus caverneux très cloisonneux n'est pas un gros sinus et il ne doit pas saigner très abondamment. Je conseille de ne point rechercher l'arrachement de la branche ophtalmique; d'ordinaire, elle se décuple au niveau du sac muqueux du ganglion. C'est le nécessaire, et je ne vois pas la nécessité de faire plus, ainsi que de léser le sinus et les nerfs inclus dans sa paroi externe.

L'opération que je viens de décrire demande douze minutes sur le cadavre; je l'ai exécutée en *dix* minutes sur le vivant, encore me fallait-il enlever au préalable une tumeur de la ponde du lobe temporosphénoïdal.

Discussion.

M. Chaput. — Je voudrais faire quelques réserves sur la facilité et même sur la possibilité de l'opération que vient de nous décrire si brillamment M. Poirier.

Il y a deux ans, j'ai fait des recherches sur le cadavre pour étudier l'ablation du ganglion de Gasser, d'après le procédé de Doyen. J'ai constaté qu'il était facile de trouver le nerf maxillaire inférieur, mais il n'en était pas de même du ganglion de Gasser, qui était très difficilement accessible, malgré une large brèche cranienne analogue à celle de M. Poirier. Je pus seulement réséquer l'origine des nerfs maxillaires inférieur et supérieur, mais il me fut impossible d'enlever la totalité du ganglion de Gasser, à plus forte raison le tronc du trijumeau et celui de l'ophtalmique que M. Poirier déclare pouvoir enlever sans trop de difficultés.

Je disséquai alors quatre ganglions de Gasser par leur face supérieure, après avoir enlevé la voûte crânienne et le cerveau.

Je pus me convaincre de la difficulté de cette dissection. Le ganglion de Gasser est, en effet, un organe aplati, mesurant 1 centimètre ou $1^{cm},5$, très adhérent à la dure-mère et d'un tissu très mou. Pour l'isoler de sa gangue fibreuse, il faut environ dix minutes ou un quart d'heure lorsqu'on opère comme je le faisais à ciel ouvert et avec un bon bistouri.

J'ajouterai que le ganglion de Gasser est très voisin du sinus caverneux et du nerf moteur oculaire externe, que la blessure de ces deux organes est très possible au cours d'une opération chi-

rurgicale et que les conséquences en seraient probablement désastreuse.

Je serais très désireux que les auteurs qui prétendent enlever le ganglion de Gasser en totalité pussent m'en présenter un complet avec le tronc du trijumeau et l'origine des trois nerfs qui en partent. Il faudrait naturellement, qu'après avoir exécuté l'opération sur le cadavre on pût vérifier ensuite, par une dissection soigneuse, si l'ablation a été véritablement exacte et complète.

Tant que cette preuve n'aura pas été faite, je mettrai en doute l'exactitude des ablations complètes du ganglion de Gasser.

Pour me résumer, je crois que l'ablation complète du ganglion de Gasser est à peu près impossible et je n'ai, pour ma part, nulle envie de l'essayer sur le vivant.

M. Quénu. — Je suis un peu étonné qu'ayant cité les auteurs étrangers, Rose et Horsley, M. Poirier n'ait pas mentionné mon travail sur la résection intracrânienne du maxillaire inférieur, cela d'autant plus que le nerf maxillaire inférieur étant découvert et suivi dans le crâne, il mène tout droit au ganglion de Gasser.

M. Farabœuf a bien voulu trouver ce procédé facile et lui faire l'honneur d'une description dans son livre de médecine opératoire. MM. Marchant et Campenon l'ont exécuté sur le vivant. Je ne puis évidemment revendiquer la priorité pour toutes les manœuvres que j'indique, chacune d'elles a eu son inventeur ; je l'ai reconnu dans mon mémoire et revendiqué comme personnel l'ordre des temps à exécuter et ce fait surtout de chercher tout d'abord, non le nerf maxillaire extracrânien, comme l'ont fait Doyen et d'autres, mais le trou ovale lui-même ; la recherche primitive du trou ovale par une trépanation temporale préalable m'appartient ; voilà ce qui est et ce qu'on ne peut me contester.

M. Terrier. — Je puis dire à M. Poirier qu'il est facile d'arriver au trou ovale et même plus loin, de décoller la face inférieure du ganglion de Gasser ; ce qui est difficile, c'est de séparer le ganglion de la branche ophtalmique. M. Poirier et d'autres ont fait, non l'extirpation du ganglion de Gasser, mais sa résection partielle ; je n'en conclus pas avec M. Chaput qu'il ne faut pas faire cette résection.

M. Poirier. — La revendication de mon collègue Quénu m'étonne. Je ne sache pas qu'il ait écrit quoi que ce soit sur la résection du ganglion de Gasser. J'ai lu de lui, avec beaucoup d'intérêt, une note à l'Académie sur la section intracrânienne du maxillaire inférieur, opération qui me paraît illogique, comme je le dirai dans un instant. J'ai donc lu la note susdite avec le grand désir d'y

trouver quelque chose de neuf, appartenant en propre à notre collègue, que j'eusse été heureux de citer. J'avoue n'y avoir rien trouvé qui ne fût connu, déjà fait.

La section intracrânienne du nerf maxillaire inférieur dont il est question dans cette note, me paraît une opération illogique et peu recommandable; en effet, elle ajoute la complication d'une large trépanation, avec ses dangers, à une opération intracrânienne, sans y ajouter le moindre avantage, puisque du ganglion, à sa sortie par le trou ovale, le nerf maxillaire inférieur n'émet aucune branche.

M. Quénu. — M. Poirier a bien vite fait de juger une question de thérapeutique chirurgicale. Réséquer le nerf avant ou après sa sortie du crâne n'est pas indifférent. J'ai observé un malade qui, opéré une première fois par la méthode primitive d'Horsley, vit ses douleurs reparaître. La résection intracrânienne du nerf maxillaire le délivra de ses douleurs.

M. Poirier. — Je crois comprendre que notre collègue revendique surtout d'avoir associé la trépanation dans la fosse temporale à la trépanation du plan sphéno-temporal. En cela encore, sa revendication n'est point justifiée car, avant lui, Doyen et d'autres, peut-être, ont pratiqué et conseillé la même trépanation.

Pour justifier la section intracrânienne du maxillaire inférieur, notre collègue nous oppose le cas d'un malade que la section extracrânienne de ce nerf n'avait point soulagé et qui fut guéri par la section intracrânienne. Cela prouve simplement que la première section avait été incomplètement faite et que la seconde fut complète.

M. Quénu. — Si M. Poirier avait lu dans le texte original ma communication à l'Académie, il aurait vu que je revendique non un temps de l'opération, j'ai moi-même dit que chaque manœuvre avait eu son inventeur, mais la succession des temps, ce qui, en somme, caractérise un procédé opératoire.

Présentations de malades.

M. Quénu présente un malade de 70 ans, auquel il a fait une gastrostomie pour une dysphagie (œsophagisme engendré par l'ingestion de potasse et certain degré de rétrécissement) rendant l'alimentation non pas impossible, mais insuffisante.

Depuis l'opération, qui remonte au 26 mars, le poids du malade, qui était tombé à 39 kilogrammes, s'est relevé à 47 kilogrammes.

M. Nélaton. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie une jeune femme opérée de péritonite suppurée, d'origine annexielle.

Cette femme fut apportée à Saint-Louis avec des symptômes de péritonite aiguë. Le 22 mars, elle avait éprouvé une douleur vive dans la fosse iliaque droite. Cette douleur s'était calmée le lendemain et le surlendemain la femme reprenait son travail.

Mais aussitôt la douleur extrême se reproduit, en même temps survint du ballonnement. Du 24 au 25, apparaissent des vomissements porracés et toute excrétion de matières ou de gaz est supprimée.

Je vois cette malade le 25, à la fin de la visite et, après un examen insuffisant, je porte le diagnostic de péritonite suppurée consécutive à une appendicite. J'interviens immédiatement et, par incision faite le long du bord externe du muscle droit antérieur, j'entre dans la cavité péritonéale. Aussitôt il s'écoule 250 grammes environ d'un liquide séro-purulent rappelant par son aspect les plus mauvaises formes de la péritonite suppurée. Ce liquide baigne les anses intestinales qui sont rouges, mais non distendues. Croyant avoir affaire à une péritonite appendiculaire, j'explore l'appendice que je trouve absolument sain.

Reportant alors mon doigt vers l'excavation, je constate l'existence de deux grosses trompes et j'acquiers la conviction que la péritonite suppurée que je traite est d'origine salpingienne. La mauvaise qualité du pus, le mauvais état de la malade m'engagent à ne pas aller plus loin et je draine simplement le péritoine.

Contrairement à mon pronostic qui était des plus mauvais, j'eus le plaisir de voir la malade se remonter et, huit jours après, elle était hors de danger. Mais bientôt des phénomènes fébriles et douloureux reparurent et j'intervins à nouveau par hystérectomie vaginale et enlevai deux trompes énormes remplies de pus dont l'examen bactériologique n'a pas, malheureusement, été fait.

Aujourd'hui la malade est guérie.

Je présente cette malade, non pas du tout pour me glorifier d'avoir sauvé cette femme d'une péritonite suppurée, mais, au contraire, pour critiquer mon intervention.

Je l'ai opérée par erreur de diagnostic; j'ai cru avoir affaire à une appendicite et il s'agissait d'une salpingite. Je crois que mon intervention n'a été d'aucune utilité à la malade. Elle ne lui a pas nui, voilà tout.

Mais j'ai constaté l'existence d'un exsudat purulent du péritoine, ou mieux, d'une sorte d'ascite purulente qui n'est pas, je crois,

extrêmement rare et qui se termine spontanément par guérison. J'ai vu plusieurs fois des femmes avec de semblables phénomènes de péritonite guérir parfaitement sans intervention.

La seule conclusion que je veuille tirer de ceci, c'est que ces péritonites purulentes, d'origine annexielle, n'ont pas la gravité des péritonites d'origine appendiculaire, qu'elles guérissent spontanément, et il faut attendre l'apaisement des symptômes péritonéaux avant de pratiquer l'ablation des trompes par hystérectomie.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
QUÉNU.

Séance du 15 juillet 1896.

Présidence de M. CH. MONOD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. MICHAUX, qui demande un congé de trois semaines.

Discussion sur la résection du ganglion de Gasser.

M. GÉRARD-MARCHANT. — J'ai fait deux fois sur le vivant la résection du nerf maxillaire inférieur, suivie de la destruction du *ganglion de Gasser*, par le procédé de M. Quénu.

Vous savez en quoi consiste ce procédé (*Gazette des hôpitaux*, 11 janvier 1894) :

« Dans un premier temps, nous dénudons la fosse temporale jusqu'à la crête qui la sépare de la fosse zygomatique. Pour cela une incision courbe, à convexité supérieure, profonde jusqu'à l'os, part derrière l'apophyse orbitaire externe et aboutit au devant du

conduit auditif. L'hémostase faite, l'arcade zygomatique est sciée ou coupée au ciseau à ses deux extrémités, et le lambeau qui comprend le temporal est rapidement détaché à coups de rugine et rejeté le plus bas possible.

« Dans un second temps, nous ouvrons le crâne à l'aide d'une couronne de trépan placée au-dessus de la crête sus-indiquée, puis nous agrandissons l'orifice vers le bas en nous servant de la pince-gouge de Lannelongue. Pour cela, nous décollons au fur et à mesure la dure-mère avec le doigt, tandis que, parallèlement, du côté externe, nous dénudons la voûte de la fosse zygomatique avec la rugine. Point n'est besoin d'assécher la plaie pour y voir ; le doigt est ici un meilleur guide que l'œil. Lorsque la pince-gouge s'est avancée environ d'un centimètre au delà de la crête, au lieu de rechercher les troncs nerveux nous recherchons le trou ovale. Dans ce but, nous utilisons un petit crochet que nous avons fait fabriquer et qui n'est qu'une aiguille de Cooper raccourcie. L'index gauche, étant enfoncé transversalement, s'engage dans une petite vallée limitée en avant par le bord tranchant de l'apophyse ptérygoïde, en arrière par l'épine aiguë du sphénoïde. Le trou ovale se trouve juste sur cette ligne ainsi que le trou petit rond. L'aiguille, introduite à plat sur le doigt, puis légèrement retournée, s'engage d'elle-même dans le trou ovale. Nous nous sommes assuré que l'existence d'une lamelle osseuse, réunissant parfois ces deux points de repère, n'apporte pas, en général, un obstacle absolu à l'utilisation du crochet.

« D'autre part, les dimensions de son extrémité mousse l'empêchent de s'égarer dans le trou sphéno-épineux. Le guide mis en place, la pince-gouge se dirige à coup sûr vers le trou ovale, et bientôt la disparition de la dernière lamelle libère le crochet et met à nu le tronc nerveux.

« Dans un troisième temps, un large écarteur refoulant les muscles ptérygoïdien externe et temporal, on charge le nerf et on le résèque. »

Dans nos deux opérations, nous nous sommes contenté de la résection simple du nerf maxillaire inférieur, et nous avons tenté la destruction du ganglion de Gasser.

Voici comment nous avons procédé : après avoir bien saisi le nerf maxillaire inférieur avec une pince dite de Kocker, sectionné le nerf au-dessous de la pince, il reste en main le bout central du nerf. Ce bout central, bien fixé par la pince, permet d'arriver, comme avec un fil d'Ariane, jusqu'au ganglion de Gasser, dont il se détache. Eh bien, dans le point où il répond à la dure-mère, d'un coup de ciseau courbe et pointu, on entaille cette dure-mère, et alors, d'un coup de curette tranchante, donné d'avant en ar-

rière et de haut en bas, comme pour énucléer le ganglion de Gasser, il est possible de ramener une portion du ganglion et le tronçon nerveux encore maintenu par la pince. Toutes ces manœuvres s'accomplissent avec le doigt, qui sent, se rend compte, et non avec l'œil qui ne peut voir, plutôt à cause de la profondeur que de l'écoulement sanguin, qu'on peut modérer par de la compression.

Reste le nerf maxillaire supérieur : le doigt, en décollant la dure-mère, a bien senti la gaine fibreuse qui entoure la seconde branche du trijumeau au moment où elle s'engage dans le trou grand rond. D'un coup de ciseau conduit sur le doigt, qui soulève corde fibreuse et nerf, on peut le sectionner, mais nous avons préféré, avec les mors d'une pince, saisir ce cordon nerveux, le triturer et le détruire par un mouvement de torsion de la pince.

Nous avons, par ces diverses manœuvres, complété la pensée de notre collègue Quénu, qui écrivait : « On pourrait, au besoin, poursuivre jusqu'au ganglion de Gasser, ou tout au moins jusqu'à l'émergence de ses trois branches. »

Tous ces temps opératoires sont relativement simples ; le chirurgien a une série de points de repère qui le conduisent au but ; cette opération est donc *essentiellement anatomique.*

Nous avons toujours pratiqué l'ouverture du crâne avec le trépan ; il suffit d'une ouverture permettant d'engager l'index entre la dure-mère et la calotte cranienne.

Il est important de ne pas ouvrir la dure-mère, et pour cela de surveiller le travail de la scie ; les os du crâne sont inégaux dans ce point ; il faut donc savoir s'arrêter en route et soulever, détacher la rondelle de trépan, encore fixée.

Au point de vue de l'instrumentation, ne comptez pas sur les pinces-gouges ordinaires, ni sur la pince-trépan de Farabeuf, elles ne pourraient manœuvrer dans l'espace qu'on vient de découvrir ; la pince-gouge de Lannelongue, et encore le petit modèle, est seule utilisable ; il est nécessaire d'en avoir plusieurs à sa disposition, car les parcelles osseuses encrassent facilement la rainure coupante.

Voici maintenant l'histoire de nos deux opérés :

Obs. I. — Mme B..., âgée de 55 ans, entre à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, le 25 janvier 1894.

Depuis l'âge de 13 ans, elle est sujette à des phénomènes migraineux qui se traduisent par une céphalée assez violente, durant deux ou trois jours et s'accompagnant de troubles oculaires. Cette céphalée se produisait trois ou quatre fois par mois. Le début de la névralgie faciale remonte à 1880.

Accès douloureux. — La douleur part de la troisième molaire droite inférieure, sensation d'arête de poisson, et remonte le long de la branche montante du maxillaire inférieur jusque vers l'articulation.

L'accès avait pour point de départ un mouvement de la mâchoire.

Cet accès revenait par crises, crises qui duraient environ six semaines ; la malade avait 15 à 20 accès par jour.

Dans les premières années les accès sont rapides et les crises espacées.

Mais en 1890, 1891 et 1892, les accès sont plus aigus et plus longs et deviennent d'une fréquence extrême.

15 novembre 1892. — Intervention de M. Pengrueber. Trépanation de la mâchoire au niveau de l'entrée du nerf dentaire inférieur. Résection de 2 centimètres.

Pendant les huit jours qui suivirent cette opération, il y eut encore des accès, puis un mois de répit complet.

Dans les huit mois suivants, nouveaux accès, mais bien moins douloureux.

D'août à novembre 1893. — Accès plus douloureux excessivement violents. Le trajet de la douleur est modifié. Le point de départ est au trou mentonnier, et elle va jusqu'à l'ancienne cicatrice, angle de la mâchoire. Ces accès ont une durée vraiment longue, jusqu'à vingt et même trente minutes. La douleur, d'une acuité extrême, au début de l'accès, va en diminuant.

Le moindre mouvement de la mâchoire provoque un accès. La malade n'ose plus causer, elle ne boit que du lait.

20 novembre. — Intervention de M. Routier.

Incision au niveau du trou mentonnier. Ouverture du canal à la gouge, résection du nerf.

Le jour de l'opération		10	accès.
21 novembre 1893		10	—
22 —		10	—
23 —		0	—
24 —		3	—
25 —		2	—
26 —		1	—
27 —		3	—
28 —		0	—
29 —		2	—
30 —		3	—
Du 1er décembre au 1er janvier	1 ou	2	—

La malade sent toujours au niveau de la première molaire et la canine une sensation de constriction, de pincement. Les accès reparaissent en janvier comme par le passé ; elle n'ose plus manger, elle craint continuellement un accès.

L'opération a été pratiquée, suivant la technique indiquée, le 10 février 1894, avec l'aide de mes internes, MM. Ouvry et Zemet.

Durée de l'opération, une heure cinq minutes.

Les suites opératoires ont été des plus simples, pas de température, pas d'abattement.

8 mars. — La malade n'a pas eu un seul accès depuis son opération, elle conserve la sensation de pincement au niveau de la canine. Ce pincement s'exagère lorsqu'elle veut mâcher ; elle doit encore prendre des liquides.

Elle peut parler sans difficulté, n'a pas de pincement en parlant.

24 mai. — Les pincements qui ont persisté quelque temps après l'opération ont disparu depuis nombre de jours.

26 juin. — L'opérée n'a pas eu d'accès depuis l'opération.

Obs. II. — L'histoire de mon second opéré est moins satisfaisante : il s'agit d'un homme, jeune encore, qui souffrait d'une névralgie rebelle du trijumeau depuis des années ; ces douleurs étaient telles que l'ouverture simple de la bouche, le plus simple attouchement de la face, provoquaient des éclairs de douleur. La mastication était impossible, et la parole provoquait des crises telles, que le sujet, pour me raconter son histoire, mit plus d'une heure ; les trois branches du trijumeau étaient prises. Du *feu dans l'œil*, une *vrille dans le nez*, un *étau au niveau* du maxillaire, telles étaient les sensations au milieu desquelles vivait et se débattait ce malheureux.

Tous les traitements médicaux avaient été essayés. Charcot, Bouchut, Brissaud avaient traité sans succès cette névralgie vraiment rebelle.

Il avait consulté aussi un de nos collègues, chirurgien des hôpitaux, qui n'avait pas été partisan d'une intervention.

Encouragé par le succès de mon premier opéré, ému par une situation aussi lamentable, je crus de mon devoir de tenter une intervention.

L'opération eut lieu il y a un an, chez les frères Saint-Jean-de-Dieu, avec l'aide de mes internes, MM. Chabry, Blanc et Wontubert.

L'opération fut particulièrement laborieuse. Pendant toute la durée de l'anesthésie par l'éther, la face resta vultueuse, congestionnée, et l'hémostase fut particulièrement difficile chez cet homme obèse. De plus, nous eûmes, au moment de l'ouverture du crâne, une alerte : une cyanose intense nous indiqua l'asphyxie, et il fallut pratiquer la respiration artificielle, pendant près de dix minutes, pour faire cesser ces accidents menaçants.

Cependant, l'opération put être menée à bon terme : la résection du nerf, la destruction du ganglion de Gasser, furent exécutées suivant le procédé opératoire déjà indiqué.

Pendant les trois premiers jours, les choses marchèrent à souhait ; le pansement fut renouvelé, et la mèche de gaze iodoformée, qui allait jusqu'au contact de la dure-mère, fut retirée. Moins de trois heures après ce pansement, notre opéré tombait dans *le coma absolu* et restait ainsi pendant près de *seize heures*. Puis, ces accidents, que je ne puis attribuer qu'à une hémorrhagie succédant à l'ablation du tampon de gaze iodoformée, cessèrent complètement.

Quinze jours après notre interventlon apparaissait une nouvelle

complication. L'œil du côté opéré rougissait dans sa portion conjonctivale, la cornée s'opacifiait et s'exulcérait, la tension du globe oculaire diminuait, et nous assistions à une série de troubles trophiques, dus très certainement à la destruction du ganglion de Gasser.

Le globe oculaire paraissait si compromis qu'un de mes jeunes collègues des hôpitaux, qui vit le malade avec moi, était partisan d'une énucléation du globe de l'œil. Mais ces phénomènes s'amendèrent, et il ne reste plus aujourd'hui de cette complication qu'une opacité de la cornée.

Le résultat de cette intervention n'a pas été satisfaisant au point de vue thérapeutique. Il n'y a pas eu guérison, et le malade s'est plaint plus qu'*amèrement* à *son opérateur* du *resserrement de la mâchoire*, de la gêne *pour ouvrir la bouche*.

Bien des questions devraient être soulevées à propos des opérations pratiquées sur le ganglion de Gasser. Que devient la sensibilité après ces interventions ? Pourquoi certains malades qui ne souffrent plus ont-ils de la sensibilité ? Est-ce de la sensibilité récurrente ?

Pourquoi n'observe-t-on pas plus souvent de troubles trophiques ? *Krause*, dans sa communication à l'Association médicale de Hambourg, a surtout étudié les troubles post-opératoires portant sur la *sécrétion lacrymale*, le *goût*, l'*olfaction*.

Dans mes deux opérations je n'ai pas extirpé le ganglion de Gasser, j'ai cherché à le détruire par une sorte de curettage.

L'extirpation est possible puisque nos collègues l'ont pratiquée, mais, à ce sujet, je désire faire une remarque.

Vous avez vu comme moi des planches représentant des ganglions de Gasser extirpés. Rien ne manque, ni le corps du ganglion, ni les trois branches qui en partent et s'étalent plus belles que nature.

Je voudrais vous mettre en garde contre la valeur de dessins aussi suggestifs.

J'ai possédé longtemps un ganglion de Gasser, extirpé par un de nos collègues de province ; vous avez même vu ici le malade qui a été *présenté guéri* à la *Société de chirurgie*. Vous vous rappelez que beaucoup d'entre nous furent frappés de l'intégrité absolue de la sensibilité de la face chez cet opéré. Eh bien, après avoir souvent regardé ce ganglion de Gasser, j'ai voulu savoir si réellement il avait la constitution du ganglion nerveux. J'ai prié notre collègue de médecine, M. Gombault, chef du laboratoire de la Faculté, de vouloir bien procéder à cet examen. Après deux mois de patientes, laborieuses recherches, notre si consciencieux collègue m'a remis cette note, que je transcris intégralement :

J'ai eu à examiner : 1° un nerf avec un certain nombre de ses

branches ; 2° une masse charnue du volume d'un haricot de laquelle émergeaient manifestement un certain nombre de faisceaux nerveux.

1° Sur le nerf, pas plus que sur les ramifications, je n'ai trouvé de nodules visibles à l'œil nu. Leur calibre est uniformément décroissant ; histologiquement sur des coupes transversales pratiquées à deux niveaux différents, les nerfs sont absolument sains. Seules les artères du tissu interfasciculaire sont atteintes d'un léger degré d'endartérite, ou mieux ont leur endartère épaissie. Sur des dissociations on constate également que les tubes nerveux sont en grand nombre et normaux.

2° Dans la masse charnue examinée à l'aide de coupes passant par sa plus grande épaisseur et échelonnées dans les deux sens sur une étendue d'un demi-centimètre environ, je n'ai rien trouvé qui rappelle la structure d'un ganglion nerveux, tout au moins je n'ai rencontré aucune cellule ganglionnaire. La masse est constituée par du tissu cellulo-adipeux, des vaisseaux, surtout des artères, dont une très volumineuse ; enfin par quelques filets nerveux.

La grosse artère est saine, son endartère est seulement notablement épaissie, cela uniformément sur tout son pourtour ; il n'y a pas d'athérome. Parmi les petites artères, un certain nombre sont saines, les autres sont lésées de la façon suivante : elles sont engainées par du tissu muqueux, formant autour de chacune sur les coupes transversales un anneau assez régulier, d'épaisseur variable, concentrique à l'artère.

Ce tissu muqueux est situé en dehors de la paroi propre de l'artère, c'est tout au plus si on peut dire qu'il intéresse la tunique externe.

Le calibre de l'artère ainsi épaissie est généralement très rétréci, mais il l'est en quelque sorte par pression concentrique venue du dehors, l'endartère n'est nullement en cause.

Le même tissu muqueux se retrouve de distance en distance dans le tissu adipeux lui-même où il forme des nodules ou des traînées quelquefois périvasculaires, mais situées parfois aussi en dehors de tout vaisseau. Souvent les vésicules adipeuses sont encore assez nombreuses au sein du nodule muqueux.

Enfin le tissu muqueux se retrouve dans les filets nerveux compris sur la coupe. Il y est irrégulièrement réparti, mais il est habituellement situé en dehors de la gaine lamelleuse, il ne pénètre pas dans son intérieur et n'est pas au contact immédiat des tubes nerveux qui restent groupés en faisceaux. Ces tubes nerveux ne présentent du reste aucune altération manifeste.

Le tissu néoplastique est bien du tissu muqueux, il est formé par une masse hyaline se colorant à peine par le carmin, dans

laquelle sont disposées des cellules étoilées, à longs prolongements entrecroisés ou anastomorés s'insérant parfois sur les parois des capillaires sanguins. Elles sont mélangées à un certain nombre de cellules rondes.

Les prolongements cellulaires sont souvent accompagnés de faisceaux conjonctifs fibreux ou fibrillaires. Mais cela ne change guère la dénomination à assigner au néoplasme. On peut penser d'abord qu'ils représentent seulement les restes du tissu préexistant auquel cas on aurait affaire à un myxome pur en voie d'évolution, si au contraire il paraissait préférable d'admettre que les faisceaux de conjonctifs sont de nouvelle formation, le néoplasme devant prendre le nom de fibro-myxome. Les deux variétés ont dans l'espèce une signification assez analogue, on pourrait raisonner de la même façon à l'égard des cellules adipeuses abondantes dans les parties néoplasiques.

En résumé : 1° l'examen histologique permet de reconnaître l'existence d'un myxome développé autour de certaines artères et de certains filets nerveux, ainsi que dans le tissu cellulo-adipeux qui entoure ces organes.

Le néoplasme forme un nodule s'effilant à ses deux extrémités, car sa quantité décroît dans les deux sens à mesure que l'on s'éloigne de la masse principale ;

2° Ce nodule myxomateux est vraisemblablement situé au voisinage immédiat du ganglion de Gasser, probablement au niveau du point d'émergence des nerfs qui en partent. Il est bien difficile d'admettre que les coupes examinées aient porté sur le ganglion lui-même, puisqu'on n'y rencontre aucun vestige de la structure normale de ce ganglion. Il est donc impossible de décider si le tissu ganglionnaire même était envahi par le néoplasme ;

3° Par contre, il est possible d'affirmer que le néoplasme n'avait guère envahi le nerf dans sa continuité, puisqu'on ne remarque sur son trajet aucun renflement et que sur deux points différents les coupes transversales le montrent complètement sain ;

4° La localisation du myxome et son mode de disposition permettent du reste de comprendre : que d'une part il ait déterminé des phénomènes douloureux ; que d'autre part il n'ait pas provoqué la dégénération du bout périphérique du nerf.

Il est donc nécessaire, à l'avenir, que toute ablation de ganglion de Gasser soit suivie d'un examen histologique — je ne connais, en France, aucune observation complète à ce point de vue : à l'étranger, il est bon de relater la première observation de J. Krause (31 janvier 1893).

Le ganglion extirpé par Krause fut traité par l'acide osmique ; l'examen histologique démontra que les cellules ganglionnaires

étaient altérées, parfois pigmentées ; les noyaux étaient peu visibles, et, à côté des cellules normales, beaucoup d'autres se montraient remplies de gouttelettes graisseuses ou de vacuoles. Le nombre des cellules paraissait moins grand que dans un ganglion sain. Il s'agissait d'un processus à la fois scléreux et atrophique.

Cette opération paraît être le premier cas d'extirpation réelle du ganglion de Gasser qui ait été pratiqué.

M. Monod. — On ne saurait trop souligner l'importance des faits révélés par M. G. Marchant.

M. Quénu. — Je souscris aux conclusions de M. Marchant ; je me permets seulement de lui faire une observation au sujet de l'explication qu'il donne de la rétraction de la mâchoire inférieure. La section du nerf masticateur, et non la plaie du temporal, me paraît devoir être rendue responsable de cette rétraction que j'ai observée aussi chez mon malade.

Assurément c'est une infirmité, mais non comparable aux douleurs qui poussent les malades au suicide.

Rapports.

I. — *De la conduite à tenir à l'égard du péroné dans les ostéotomies pour fractures non ou mal consolidées des deux os de la jambe*, par M. Rochard.

Rapport par M. SCHWARTZ.

M. le Dr Rochard nous a présenté un cas d'ostéotomie des deux os de la jambe, pour un cal vicieux angulaire, datant de sept ans.

Voici l'observation résumée de notre confrère :

Un nommé M..., journalier, âgé de 50 ans, entre à l'hôpital Lariboisière pour une déformation considérable de l'extrémité inférieure de la jambe.

Il y a environ 7 ans, il eut celle-ci prise dans les rayons d'une roue, et il en résulta une fracture des deux os à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. Cette fracture, compliquée de plaies, nécessita de longs soins qui ne purent empêcher une consolidation vicieuse, une déformation du membre, permettant néanmoins la marche à l'aide d'une canne, quelques mois après l'accident.

Près de six ans après, sans aucune cause appréciable, le blessé fut pris de violentes douleurs dans la région fracturée ; sa jambe se fléchit davantage, et la déformation augmenta au point que la marche devint impossible et qu'il fut forcé de garder une immobilité presque

complète pendant près d'une année. C'est alors qu'il vint à Paris et entra à l'hôpital Lariboisière, dans le service du Dr Périer, le 27 octobre 1895.

C'est là que notre confrère a eu l'occasion de l'examiner et de l'opérer. Au point de vue fonctionnel, la marche est impossible. La déformation du membre portait sur son axe vertical, et de plus, dans le sens latéral, elle présentait une double courbe rejetant le pied en arrière et en dehors, de telle sorte que la plante ne pouvait appuyer sur le sol dans la station debout.

Le fragment supérieur du tibia, considérablement augmenté de volume, faisait saillie en avant, surplombant le fragment inférieur, rejeté en arrière, et donnant, suivant l'expression du malade, l'aspect d'une marche d'escalier.

Toutes les parties étaient fondues dans un cal hypertrophique, et le péroné, considérablement augmenté de volume, présentait au même niveau un cal exubérant.

Si l'on cherchait à provoquer de la mobilité anormale, il semblait qu'il existât, en effet, de légers mouvements au niveau de la fracture du tibia, par contre, il ne s'en passait pas au niveau du péroné.

Sur les instances du blessé, malgré son état de santé peu brillant, l'ostéotomie fut décidée et pratiquée par M. Rochard le 9 novembre 1895. On dessina avec le bistouri un grand lambeau cutané ; le périoste fut décollé et l'on tomba sur des fragments hypertrophiés et rejoints entre eux par des tissus fibreux sans interposition d'aucun muscle. A l'aide du ciseau de Mac-Even, les extrémités des fragments furent sectionnés, avivés avec beaucoup de difficulté ; malgré leur libération, la réduction était impossible. On trouva à ce moment, au milieu des tissus ostéitiques formant le cal, une cavité fongueuse qui fut enlevée.

Ne pouvant réduire et ne pouvant arriver à fracturer le péroné qui résistait, on fit l'ostéotomie de ce dernier à six centimètres environ en dessus du trait de fracture du tibia ; elle fut très difficile à cause de l'hypertrophie de l'os ; la réduction fut possible dès que la section fut terminée.

La réduction se maintenant bien et facilement, on ne plaça aucune suture ; appareil plâtré ; suture de la plaie sans drainage.

Le 8 janvier, soit soixante jours après l'opération, le pansement fut fait pour la première fois ; les fils furent enlevés : on trouva la réunion parfaite, malgré une attaque d'influenza intercurrente. La consolidation n'étant pas encore complète, on applique une botte plâtrée qui est enlevée le 16 mars ; à cette date, on permet la marche avec une botte silicatée.

Le 1er avril, on enlève cet appareil pour examiner le membre et on constate une petite déviation du pied qui n'existait pas à la levée de l'appareil.

On applique une seconde botte silicatée qui reste jusqu'au 7 mai, époque à laquelle le blessé revient de Vincennes ; on constate une consolidation complète en bonne situation ; il marche facilement avec une canne, et même sans cette dernière.

M. Rochard conseille donc, lorsqu'il s'agira de faire une ostéotomie pour des cals vicieux de la jambe, de commencer par l'ostéotomie du péroné, qui facilitera beaucoup les manœuvres sur le tibia.

En outre, il ne faut pas hésiter à faire même une résection du péroné, s'il y a perte de substance du tibia, pour amener facilement la coaptation des fragments avivés.

A propos d'une observation du Dr Hartmann, vous vous étiez tout récemment occupés de la question de la consolidation des fractures de jambe, ayant surtout en vue les fractures obliques avec chevauchement et raccourcissement. Nous ne rallumerons pas ce débat pour ne vous présenter que quelques réflexions au sujet de l'observation de notre confrère Rochard : deux points nous occuperont spécialement :

1° Ce fait que six ans après la fracture, et alors que la consolidation était complète, mais vicieuse, ont apparu, du côté du cal exubérant et difforme, des douleurs avec une légère mobilité, mettant le blessé dans un état d'impotence presque complète ;

2° La conduite à tenir à l'égard du péroné dans les cas d'ostéotomie pour cals vicieux du tiers inférieur de la jambe.

Vous avez pu remarquer que pendant l'opération, l'opérateur a trouvé au niveau du cal, après avoir sectionné et avivé les fragments, une cavité osseuse pleine de fongosités.

Il s'agissait d'une fracture compliquée.

Les altérations du cal, dans les fractures, sont relativement encore peu connues, et il est bon de les retenir chaque fois que l'occasion se présentera. Il semble bien que, dans le cas actuel, il s'est agi d'une ostéite avec formation d'une cavité fongueuse analogue à ce que nous trouvons dans les faits d'abcès intra-osseux, à la suite de l'ostéomyélite, à mettre probablement sur le compte d'un processus infectieux résultant de la complication de plaies. Les douleurs, le ramollissement du cal, l'exagération de la difformité doivent évidemment être mis sur le compte de ce processus pathologique, remarquable par la date éloignée à laquelle il s'est manifesté.

M. Rochard a eu surtout en vue le second point, à savoir la conduite à tenir vis-à-vis du péroné, dans les cas de cals vicieux du tibia, difficilement ou non réductibles après l'ostéotomie et l'avivement des fragments.

Nous avons pratiqué, pour notre compte, un certain nombre d'ostéotomies pour cals vicieux du tiers inférieur de la jambe ; toujours nous avons pratiqué l'ostéotomie du péroné consécutivement à celle du tibia, et nous sommes de la sorte arrivés facilement

à redresser la jambe et à obtenir une bonne consolidation. Dans presque tous les cas, il sera avantageux de faire l'ostéotomie oblique du péroné, pour permettre aux deux fragments de chevaucher l'un sur l'autre une fois que le tibia pourra être redressé ; on évitera de la sorte la résection dont parle M. Rochard. Il est bien entendu que nous n'avons en vue que les cals angulaires comme celui que nous montre la photographie du membre traité par notre confrère, et spécialement les cals angulaires de la partie moyenne de la jambe. Il nous paraît impossible d'arriver, dans ces cas, à une réduction complète des fragments, à une bonne coaptation, à moins d'ostéotomiser, et cela d'emblée, le péroné toujours fracturé et vicieusement consolidé aussi.

Nous approuvons donc de toutes façons la manière de faire qui nous a été proposée, en insistant sur ce fait, que c'est d'emblée et de parti pris que l'ostéotomie du péroné doit être pratiquée, pour peu qu'on éprouve de la résistance dans les tentatives de redressement et de réduction.

II. — *Gastro-entéro-anastomose, entéro-anastomose, cholécystentéro-anastomose sans ouverture préalable de la cavité des organes à anastomoser*, par M. Souligoux, prosecteur et chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine.

Rapport par M. PICQUÉ.

La communication que j'ai l'honneur de faire à la Société appartient *entièrement* à mon très distingué élève, le docteur Souligoux, professeur à la Faculté de médecine et chef de clinique à la Charité et si j'ai tenu à être son intermédiaire près de mes collègues, c'est parce que j'ai eu l'occasion de lui voir appliquer son procédé avec un plein succès chez une série de malades que je lui ai confiés dans mon service de la maison municipale de santé.

J'ai donc pu affirmer mieux que tout autre les avantages incontestables de sa méthode.

Voici comment M. Souligoux énumère son opération et en donne la conclusion.

J'ai eu pour but d'aboucher estomac à intestin, intestin à intestin, vésicule biliaire à intestin, sans ouvrir au préalable leurs cavités.

Pour arriver à ce résultat, je détermine sur chacun des organes à anastomoser une plaque de sphacèle. Les deux plaques sont adossées face à face par un surjet. Des adhérences péritonéales s'établissent ; au bout de quarante-huit heures, les zones sphacélées tombent, les adhé-

rences sont alors plus que suffisantes pour empêcher la séparation des deux organes.

Voici comment je procède :

L'instrumentation spéciale comprend :

1° Une pince très puissante, que M. Collin a eu l'obligeance de me fabriquer;

2° Une mince aiguille de Reverdin;

3° Du fil de soie (n° 3);

4° De la potasse caustique solide.

Gastro-entéro-anastomose. — La paroi abdominale ouverte, on va d'abord à la recherche de la première anse du jéjunum. Celle-ci une fois trouvée, on passe à travers son mésentère un fil de soie, destiné à la maintenir hors de la cavité abdominale.

L'aide aplatit cette anse, et en présente le bord libre. L'intestin, ainsi aplati, est engagé entre les deux mors de la pince. L'opérateur serre celle-ci. Il peut à cela employer toutes ses forces sans couper l'intestin. On sent et on entend les tissus s'écraser; les deux parois intestinales ainsi accolées deviennent tellement minces qu'elles sont transparentes : l'intestin crie mais ne se rompt pas. La pince enlevée, l'intestin, sous l'influence de ses fibres musculaires et peut-être de son contenu, s'étale de lui-même au niveau de la portion serrée.

Les mêmes manœuvres sont répétées sur l'estomac. Ici il est important que l'aide étale bien le pli formé sur l'estomac et qu'il évite, au moment où s'exerce la pression, de laisser glisser la muqueuse.

Nous avons ainsi déterminé, sur les deux organes, deux zones mortifiées, où les tissus écrasés ne tardent pas à prendre une coloration noirâtre. Seul le péritoine a résisté et n'a pas été broyé.

Sutures. — Un surjet est commencé à 2 millimètres environ des surfaces mortifiées et réunit leurs deux bords internes dans toute leur étendue.

Cautérisation. — A ce moment, avec un morceau de potasse caustique solide, je cautérise assez largement les surfaces broyées dans toute leur étendue. Elles prennent une coloration noirâtre. L'aide, à mesure que l'on promène la potasse, éponge avec un tampon, et jamais je n'ai vu la potasse diffuser en dehors des zones mortifiées.

Continuation du surjet. — La cautérisation finie, le surjet est repris, réunissant les deux bords externes et, revenu à son point de départ, se termine par un nœud fait avec les deux extrémités du fil.

L'on vérifie la ligne de suture. Si quelque point noir, coloré par la potasse, apparaît, il est enterré sous un ou deux points de suture séparés.

L'opération est terminée; elle n'a pas demandé plus de vingt minutes au maximum. Il ne reste qu'à fermer le ventre par la suture de la paroi.

Entéro-anastomose. — L'entéro-anastomose se fait exactement de la même façon que la gastro-entérostomie.

Cholécystentéro-anastomose. — J'ai cherché à produire quelque chose d'analogue à l'ampoule de Vater. Je ne l'ai, d'ailleurs, pratiqué qu'une fois sur un chien qui a été tué un mois après.

Dans ce procédé, je n'ouvre ni la vésicule biliaire ni l'intestin.

1° Sur l'intestin, je trace avec le bistouri une incision elliptique de 3 centimètres de long sur 2 de large, ne comprenant que les tuniques séreuses et musculaires. J'enlève le lambeau ainsi circonscrit.

Je mortifie et cautérise ensuite, sur une étendue de 1/2 centimètre, la muqueuse ainsi mise à découvert.

2° Sur chacune des faces antérieure et postérieure de la vésicule, je passe un mince fil armé d'une fine aiguille.

3° La face postérieure de la vésicule est réunie par un surjet au bord postérieur de la surface intestinale cruentée.

4° Le sommet ou fond de la vésicule est broyé et cautérise à la potasse.

5° Le fil antérieur qui s'attache sur la face antérieure de la vésicule est passé à travers l'intestin, en avant de la zone muqueuse mortifiée.

Le fil postérieur est passé de même en arrière de cette zone.

6° Après que les fils sont sortis à travers l'intestin, ils sont confiés à un aide qui tire dessus, attirant la vésicule qui repousse la muqueuse intestinale, s'invaginant ainsi dans la cavité intestinale.

Le surjet est continué pendant que l'aide maintient les fils. Dès qu'il est terminé, les fils de traction sont coupés au ras de l'intestin, dans la cavité duquel il rentre.

Quarante-huit heures après, les zones mortifiées tombent dans la cavité intestinale et la vésicule communique, par suite, avec l'intestin.

Si on examine la pièce, on peut se rendre compte que l'orifice se trouve au sommet d'un bourrelet muqueux, qui n'est pas sans présenter quelque ressemblance avec la saillie faite par l'ampoule de Vater. Les fibres intestinales forment, de même, autour de la vésicule une sorte de sphincter.

Les pièces que je présente à la Société de chirurgie proviennent de chiens. Les expériences ont été réglées de telle sorte que j'ai pu me rendre compte du mode d'action et de la rapidité d'élimination.

Quatre de ces pièces (deux gastro-entéro-anastomoses, deux entéro-anastomoses) montrent, qu'au bout de vingt-quatre heures, le sillon d'élimination est déjà parfaitement formé, et que les deux plaques adossées ne forment plus qu'un mince lambeau flottant, prêt à se séparer.

Trois autres pièces ont trait à des opérations différentes :

1° *Entéro-anastomose.* — Chien tué quarante-huit heures après. L'élimination est faite, mais les adhérences, bien que largement suffisantes, sont encore molles, et les deux muqueuses ne sont pas encore réunies.

2° *Gastro-entéro-anastomose.* — Chien tué quarante-huit heures après. Les deux muqueuses sont accolées; la réunion se fait. Les adhérences péritonéales sont déjà très solides.

3° *Entéro-anastomose.* — Chien tué dix jours après. Les adhérences sont très solides; les deux muqueuses sont réunies et se continuent l'une l'autre.

Sur deux autres pièces provenant de deux chiens, opérés le vendredi soir et tués le mercredi matin, on peut constater les particularités suivantes en rapport avec les interventions pratiquées :

a) Gastro-entero-anastomose. — On peut voir les adhérences péritonéales parfaites; l'estomac communique avec l'intestin par un orifice agrandi de 2^cm^,5 au moins de diamètre. Les deux muqueuses sont réunies.

Il n'y a pas la moindre trace de lésions des muqueuses en dehors de l'orifice.

b) Gastro-entéro-anastomose et *entéro-anastomose* pratiquées dans la même séance.

Ces pièces n'ont pas été ouvertes. Vues de l'extérieur, elles présentent le même aspect que la précédente, et les anastomoses établies sont parfaites, comme je m'en suis assuré en faisant circuler de l'eau dans le tube digestif.

Telles sont ces opérations, bien plus faciles à pratiquer qu'à décrire, et que j'ai déjà pratiquées plusieurs fois sur l'homme avec autant de succès que chez l'animal.

La méthode de M. Souligoux a été appliquée par lui sur cinq malades de mon service avec quatre succès et un mort. Ce décès est survenu dans un cas de cancer du colon ascendant chez un malade qui présentait des phénomènes subaigus d'occlusion intestinale. Or, je tiens à le déclarer hautement : dans ces conditions, l'anastomose ne devrait pas être faite et le procédé ne saurait trouver ici d'application.

Il ne peut survenir qu'aux cas où il n'existe *aucun symptôme d'occlusion.* C'est là un point fondamental et l'on peut dire que le procédé n'est nullement responsable de cette facheuse terminaison.

Dans les quatre cas où elle a été appliquée, il s'agissait de malades ne présentant aucun phénomène d'occlusion; les quatre malades ont guéri.

1er CAS. Cancer du colon ascendant; anastomose de la terminaison de l'intestin grêle avec l'S iliaque; guérison complète après cinq mois.

2e CAS. Tuberculose du cœcum; anus cœcal spontané; anastomose comme dans le premier cas; fonctionnement parfait de la communication. Le malade très cachectique succombe quelques semaines après aux progrès de la tuberculose pulmonaire.

3e CAS. Cancer annulaire du pylore; vomissements incessants, gastro-entérostomose; guérison.

4ᵉ CAS. Cancer du colon ascendant généralisé au péritoine ; cancer secondaire du pylore ; vomissements incessants ; cachexie profonde. Un anus cœcal a été pratiqué il y a deux ans ; gastro-entérostomose ; résultat excellent.

Je tiens en terminant à dire que l'opération se fait avec une très grande rapidité (dix-huit minutes en moyenne, y compris le temps de l'incision de la paroi et de la suture) et que les suites en sont très bénignes, même chez des malades très cachectiques (voir 2ᵉ et 4ᵉ cas. La communication se fait en général au bout de trente-six heures.

Il s'agit *bien là d'une* véritable méthode basée sur la non-ouverture préalable des cavités à anastomoser et, selon moi, cette méthode est appelée à un grand succès, car elle évite les inconvénients de la suture ordinaire et les dangers des boutons anastomosants.

Discussion.

M. P. RECLUS. — A l'appui des conclusions du travail de notre collègue, M. Picqué, sur la gastro-entérostomie par le procédé de Souligoux, je puis vous communiquer une observation nouvelle. Dans mon cas la malade est morte, mais l'examen impartial du fait doit complètement innocenter la méthode.

Il s'agit d'une malade de 50 ans, descendue d'une des salles de médecine de la Pitié pour un cancer du pylore qui, depuis longtemps, mettait un obstacle infranchissable au passage du bol alimentaire. La malade nous racontait que les vomissements avaient commencé en janvier 1896 ; qu'ils étaient devenus fréquents en février et sanglants en mars et en avril. Vers les premiers jours de mai, ils rejetaient au dehors la plus grande partie des substances ingérées ; aussi l'amaigrissement fut-il rapide et l'on dut recourir aux lavements alimentaires. Dès le 14 juin, on renonça même tout à fait à l'alimentation par l'estomac et la voie rectale resta seule employée.

Or, ce n'est que dix-huit jours après, le 3 juillet, et lorsque la malade était déjà inanitiée que les circonstances nous permettent de pratiquer l'opération. Elle fut faite par M. Souligoux lui-même, à qui je servais d'aide. Je ne reviendrai pas sur la description du manuel qui vient de vous être complètement exposé par M. Picqué. Il n'y eut ni accident ni incident. Vingt minutes suffirent, depuis le moment où l'anesthésie fut complète, pour mener à bien la recherche du jéjunum, sa juxtaposition à l'estomac, l'écrasement de la muqueuse et de la musculeuse, la suture circulaire, la cautérisation de la séreuse et la fermeture de l'incision abdominale. J'avais fait par divers procédés et j'avais vu faire par divers opérateurs plusieurs gastro-entérostomies. Aucune n'avait été plus lestement pratiquée.

L'opération avait eu lieu le jeudi ; le vendredi, le samedi tout va bien ;

la température reste normale, malheureusement les vomissements exaspérés par l'éthérisation continuent ; le dimanche au soir, l'auscultation, au niveau de la région stomacale, permet de reconnaître que les liquides ingérés passent dans l'intestin avec un bruit de gargouillement spécial ; le lundi, il y a une selle et l'on voit apparaître dans le liquide des vomissements la bile qui depuis plusieurs mois ne passait plus dans l'estomac. Le mardi, rien de nouveau et nous pensions l'opérée hors d'affaire, lorsque le mercredi la température monte le matin à 37°,6 ; le soir, elle est à 39°,2 ; on constate en même temps une tuméfaction subite de la parotide gauche et la malade s'éteint à 9 heures du soir.

L'autopsie a été pratiquée ; il n'y avait point de péritonite ; les sutures avaient parfaitement tenu et déjà les séreuses adhéraient solidement entre elles ; la bouche stomacale était bien constituée, largement ouverte. Cependant, en un point, un lambeau de muqueuse restait appendu au pourtour et tenait encore par un étroit pédicule non encore sphacélé, et qui mesurait 1 ou 2 millimètres seulement ; il n'aurait certainement pas tardé à se séparer ; en tous cas, l'obstacle ne pouvait en rien gêner le passage du bol alimentaire qui, de l'estomac, pouvait librement entrer dans l'intestin.

Tel est le court résumé de cette observation. Malgré la mort de la malade il ne prouve rien contre le procédé de Souligoux. Il nous montre, au contraire, combien ce procédé est facile, élégant, dirais-je, et combien il s'exécute avec sécurité. Dans les autres méthodes de gastro-entérostomie, il faut ouvrir l'estomac et l'intestin ; et l'on sait les dangers et les longueurs de ce premier temps opératoire ; les dangers, car de l'estomac et de l'intestin peuvent s'effuser dans l'estomac des matières septiques contre lesquelles il est difficile de protéger le péritoine ; car on se rappelle combien, dans les anciens procédés, quand l'estomac dilaté descend jusqu'à la vessie, il faut de temps pour vider cet estomac soit avant, soit pendant l'opération.

La mort de notre malade ne prouve qu'une chose, c'est que nous nous y sommes pris trop tard et que l'opération aurait dû être faite avant l'inanitiation complète. Il est avéré que de ce chef les médecins sont coupables et ne doivent pas attendre pour nous remettre des malades à opérer que depuis dix-huit jours aucun aliment liquide ou solide n'ait pu pénétrer dans l'estomac. Il en sera de la gastro-entérostomie comme de la gastrostomie : on sait combien était considérable la léthalité de cette dernière lorsqu'on ne se décidait à intervenir qu'*in extremis ;* maintenant que nous opérons tôt, la mortalité est pour ainsi dire réduite à zéro. Or, la gastro-entérostomie par le procédé de Souligoux, n'est vraiment que bien peu plus compliquée qu'une gastrostomie.

Il est un troisième point sur lequel je demanderai à la Société d'insister timidement. Je veux parler de l'intérêt qu'il y aurait eu,

ici, à pratiquer l'anesthésie cocaïnique. On n'y a pas eu recours car je voulais laisser M. Souligoux seul responsable, en tête, à tête pour ainsi dire, avec son procédé et je ne pouvais ni ne devais imposer une modification à son programme. Mais à l'avenir je ferai cette opération avec la cocaïne. Après l'intervention la malade a continué à vomir; les vomissements même se sont exagérés et l'éthérisation n'y était pas étrangère. Si mes collègues savaient de quels avantages ils se privent en dédaignant la cocaïne, ils se hâteraient d'avoir recours à ce merveilleux moyen contre lequel je lisais, la semaine dernière, deux articles dont l'inexactitude m'a d'autant plus touché qu'elle émanait de journaux d'ordinaire bien documentés.

M. Chaput. — La découverte de M. Souligoux est considérable ; c'est plus qu'un procédé, c'est toute une méthode qu'il a créée, dont les avantages sont immenses et les applications très étendues.

Les opérations sans ouverture de la muqueuse évitent la souillure du péritoine celle des instruments, des doigts, des éponges et surtout des fils, puisqu'on ne fait plus que des sutures séro-séreuses. Comme la chute de l'escare ne se fait qu'au bout de plusieurs heures, les adhérences sont déjà formées et solides, les phagocytes sollicités par l'irritation des fils séro-séreux sont accourus en grand nombre et peuvent triompher facilement des bacilles qui s'aventureraient sur les territoires qu'ils occupent.

Non seulement la bénignité de l'opération est plus grande, mais encore l'opération se trouve considérablement raccourcie et simplifiée.

Je suis donc entré dans la voie féconde ouverte par M. Souligoux et j'ai apporté plusieurs modifications assez importantes à sa technique.

J'ai donc fait des opérations sans ouverture de la muqueuse, mais j'ai supprimé l'écrasement de M. Souligoux pour le remplacer par la cautérisation au fer rouge et par l'ablation de la tunique musculaire de l'estomac dans les opérations sur cet organe.

J'exécute l'entéro-anastomose de la manière suivante : je fais chauffer au rouge sombre sur un réchaud à gaz une pince à longs mors, et avec cette pince je saisis une bande du bord convexe de l'intestin, large de 5 à 6 millimètres et longue de 5 à 6 centimètres; je tiens ma pince parallèle au grand axe de l'organe. La cautérisation qui en résulte est profonde et la mortification assurée. Je répète la même manœuvre sur l'autre anse. J'exécute ensuite une rangée de sutures séro-séreuses à points séparés, espacés tous les centimètres et situés au delà des limites de l'escare. L'opération est terminée, elle a duré moins de dix minutes.

Pour pratiquer la suture circulaire par cautérisation, je lie en

masse chaque bout, j'incise aux ciseaux le champignon exubérant, et, avec une pince portée au rouge, je saisis chaque bout perpendiculairement au grand axe de l'organe ; je place ma pince à quelques millimètres en deçà de la ligature en masse.

Je place ensuite des points de suture séro-séreux au delà des limites des deux escares.

J'exécute la gastro-entérostomie d'une manière un peu différente.

L'intestin grêle est traité comme s'il s'agissait d'une entéro-anastomose.

Pour ce qui est de l'estomac, je trace avec l'extrême pointe du bistouri, une incision elliptique, longue de 5 à 6 centimètres, large de $1^{cm},5$ ne comprenant que les tuniques séreuse et musculeuse ; il est facile de ne pas inciser la muqueuse ; en effet, tant qu'on est en tissu dur, on est encore dans la musculeuse ; la résistance cesse-t-elle, on est déjà dans la celluleuse et il faut se hâter d'en sortir ; avec une pince à disséquer et le bistouri j'enlève rapidement le lambeau musculaire elliptique. On voit alors la face interne de la muqueuse stomacale recouverte de la celluleuse. Je cautérise toute la surface exposée de la muqueuse avec le thermo-cautère et je termine par une rangée de sutures séro-séreuses très espacées.

J'ai fait jusqu'à présent 7 expériences de ce genre avec 7 guérisons.

J'estime que l'avenir de ces opérations sans ouverture de la muqueuse est très grand. Par leur bénignité, leur facilité, leur rapidité, elles sont appelées à détrôner toutes les autres opérations, y compris les boutons les plus perfectionnés, au moins dans la plupart des cas. Je ferai cependant une réserve, les anciens procédés et les boutons resteront indiqués toutes les fois qu'il faut rétablir immédiatement le cours des matières intestinales, comme, par exemple, dans les cas d'occlusion ou de gangrène herniaire. En pareille circonstance on ne peut différer le rétablissement du cours des matières, et si l'on fait une anastomose ou une suture circulaire on ne peut recourir aux procédés sans ouverture de la muqueuse qui ne fournissent un orifice béant qu'après vingt-quatre ou trente-six heures.

En résumé, les procédés sans ouverture de la muqueuse sont indiqués toutes les fois qu'il n'y a pas rétention stercorale. En cas contraire on aura recours aux procédés de suture ou aux boutons anastomotiques bien connus.

M. Routier. — Le procédé de M. Souligoux n'est pas applicable à tous les cas. Le sphacèle qu'il provoque n'a-t-il pas des inconvénients ?

M. Reclus. — J'ai lu un mémoire sur la fréquence des embolies

septiques à la suite des sphacèles ; je pense donc qu'il faut tenir compte de l'observation de M. Routier ; mais je ne vois pas en quoi le bouton de Murphy sépare mieux les parties gangrenées des parties vivantes.

M. Reynier. — Autant j'admire le procédé de M. Souligoux pour l'estomac et l'intestin, autant je fais des réserves pour l'anastomose de deux bouts d'intestin, car il me paraît dangereux de laisser un intestin fermé pendant quarante-huit heures.

Communication de M. Legueu (M. Félizet, rapporteur).

Présentation de malade.

M. Delorme présente un amputé d'avant-bras qu'il a guéri d'accidents névritiques localisés et à distance par la compression digitale, localisée, forcée.

Pour une luxation du poignet en avant, compliquée de troubles névritiques de la main et de l'avant-bras, cet homme avait subi une résection du poignet en 1894, en 1895 une amputation de l'avant-bras au tiers inférieur. Après cicatrisation de son moignon, la névrite s'aggrava ; le moignon était œdémateux, d'un rouge vineux, très douloureux ; les douleurs s'irradièrent sur le trajet du médian, du cubital, du radial jusqu'aux origines médullaires de ces nerfs ; ces troncs étaient augmentés de volume ; le malade se plaignait également de douleurs sur le trajet des bronches du plexus cervical et intercostales du même côté. Pendant les crises, il présentait un tic facial et une contracture des muscles du cou du côté correspondant à l'amputation ; pas de signes d'hystérie ni d'antécédents nerveux.

On avait proposé à cet amputé de subir la désarticulation du coude, celle de l'épaule et la section des racines postérieures brachiales.

En huit séances de compression localisée, forcée, M. Delorme a fait disparaître les troubles locaux et à distance ; dès la deuxième séance, les douleurs à distance avaient disparu ; le moignon, dès la troisième, avait repris son aspect normal. Lors de la présentation, ce malade pouvait impunément frapper son moignon contre un corps dur alors qu'auparavant le moindre frôlement était des plus pénibles.

Discussion.

M. Quénu. — Je comprends peu les amputations faites pour des moignons douloureux ; j'ai pratiqué dans de pareils cas, sur une série de malades, des névrectomies à distance avec le plus grand succès. Quelques-unes de ces observations ont été consignées dans la thèse récente de M. Beausse.

M. Schwartz. — Comment M. Delorme a-t-il fait la compression ?

M. Reynier. — Je fais quelques réserves sur ce qu'a dit M. Quénu. On ne calme pas toujours les douleurs par la névrectomie. La névrite remonte quelquefois très haut. Dans deux cas de névrectomie, j'ai sectionné un nerf encore très volumineux. Mon malade a continué à souffrir.

M. Terrier. — J'ai souvent causé de cette question avec M. Charcot. Ce maître attribuait une grande importance à la question du terrain. C'est souvent chez des névropathes qu'on observe ces douleurs persistantes, souvent même à la suite de petites opérations. M. Charcot, d'accord avec les chirurgiens américains, attribuait ces névralgies à des névrites ascendantes infectieuses pouvant remonter jusqu'à la moelle. Aussi n'avait-il qu'une confiance limitée dans une thérapeutique uniforme. Chez certains, la compression réussit ; dans d'autres, elle échoue. Des malades guérissent tout seuls, d'autres à la suite d'une thérapeutique quelconque. La névrectomie réussit quelquefois, ailleurs elle échoue ; il y a donc là un élément terrain dont il faut tenir le plus grand compte.

M. Quénu. — Je n'ai voulu établir de parallèle qu'entre la névrectomie et les amputations que je réprouve ; je pense bien que si la névrite ascendante est très étendue, il n'y a aucun remède opératoire. Je dirai cependant que les irradiations douloureuses lointaines ne sont pas toujours un signe de névrite ascendante.

M. Reynier. — Toutes les fois que je suis intervenu, j'ai toujours rencontré une névrite locale.

M. Delorme. — Je crois la névrectomie inférieure à la compression, d'autant que cette section des nerfs peut entraîner des paralysies sensitivo-curatrices.

Ma compression, je l'exerce avec les pouces et les index en y mettant mon maximum de force, puis je me fais remplacer par deux ou trois aides. Il est bon d'étudier les points les plus hyperesthésiés pour leur réserver la compression la plus forte.

Je sais, comme M. Terrier, que les névrites s'observent spécialement chez les gens à tempérament nerveux, mais pas toujours.

J'ai observé aussi ces accidents sur des moignons qui n'avaient pas suppuré. Je ne suis aucunement exclusif.

M. Terrier. — Est-ce sous l'anesthésie que vous pratiquez la compression ?

M. Delorme. — J'ai employé l'anesthésie ; mais, chez certains malades, l'examen avait été assez complet pour qu'on pût rejeter toute idée d'hystérie.

M. Terrier. — Il est quelquefois difficile de savoir si les plaies ont suppuré.

Je ne conteste pas que le procédé de M. Delorme puisse donner des succès.

M. Quénu. — La suppuration n'est pas toujours une condition nécessaire à la genèse de la névrite. Un moignon peut se réunir par première intention avec infection secondaire du drain, élimination d'un fil ou simplement issue d'un liquide à peine louche. Incontestablement les cas sont complexes, les lésions sont parfois purement locales ; les douleurs irradiées ne sont pas toujours une preuve de l'ascension de la névrite.

M. Delorme est d'avis que dans le traitement de ces troubles névritiques il faut tout d'abord s'adresser à des modes d'intervention périphériques. C'est le principe sur lequel est basé le traitement qu'il préconise. Il préfère la compression périphérique forcée à la névrotomie périphérique parce que ce traitement est plus simple et que, quand les nerfs d'un moignon sont douloureux, y compris les nerfs superficiels, il est très difficile d'exécuter toutes les sections nécessaires. D'un autre côté, la névrotomie à distance entraîne des paralysies sensitives motrices irremédiables.

A M. Schwartz, il répond que son procédé consiste à comprimer surtout la cicatrice et les points voisins les plus douloureux, avec les doigts, en déployant le maximum de force de pression. Sans doute il admet avec M. Terrier que certains de ces malades peuvent être des nerveux, mais il est loin d'en être toujours ainsi, comme il l'a constaté sur ceux qu'il a eu à traiter. Chez eux, il a bien relevé les signes classiques de la névrite, les douleurs sur le trajet des troncs nerveux, l'augmentation de volume de ces derniers, les troubles trophiques. Si parfois ces accidents s'amendent d'eux-mêmes ou sous l'influence de traitements divers, il est aussi avéré que chez la plupart des malades ils persistent très longtemps

(23 ans chez un de mes blessés) ; il y a donc tout avantage à recourir chez eux à un traitement à la fois simple et efficace.

M. Schwartz. — Le malade n'a pas eu de sphacèle de son lambeau ; il n'a plus de sucre dans ses urines.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
Quénu.

Séance du 22 juillet 1896.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Barette (de Caen), qui se porte candidat au titre de membre correspondant de la Société.

Discussion sur le traitement du cancer du rectum.

M. Quénu. — Je n'ai pas l'intention, à propos de la communication de M. Chaput sur le cancer du rectum, de traiter à fond la question. Celle-ci est tellement vaste qu'elle gagne assurément à être fragmentée. J'ai d'ailleurs, tout dernièrement, touché à quelques côtés comme rapporteur d'un travail de M. Gaudier, de Lille, et avant d'aborder la critique du procédé qu'il vous présentait, j'ai longement discuté deux points principaux, d'une part, les indications et contre-indications opératoires ; d'autre part, les difficultés et la nécessité d'obtenir un certain degré d'asepsie dans les opérations radicales qui s'adressent aux cancéreux du rectum. J'insistai également sur le mauvais état général des malades que

nous avons à opérer, et la conclusion qui se dégageait d'elle-même de ces considérations était que l'extirpation du cancer du rectum est encore à l'heure qu'il est, malgré les perfectionnements apportés à la technique opératoire, une opération grave.

Ces conclusions sont complètement en désaccord avec celles de M. Chaput.

Notre collègue dit, en effet : « Je crois que l'opération de Kraske, faite avec soin, est peu dangereuse » ; il base son affirmation et sur sa statistique et sur l'interprétation de sa statistique ; « la mortalité tombant à zéro », dit-il, quand on examine les faits de près.

J'avoue que ma statistique personnelle ne me conduit pas à une pareille affirmation. J'ai retrouvé les observations de 13 malades opérés pour des cancers du rectum. J'ai eu recours dans deux cas à l'extirpation par la voie vaginale ; dans un cas à l'opération parasacrée ; dans un cas à l'opération ano-périnéale ; dans neuf cas, à l'opération de Kraske, plus ou moins modifiée, mais je qualifie de Kraske toute extirpation dans laquelle l'opération préliminaire a porté sur le coccyx et une portion du sacrum, quels que soient la conduite suivie ultérieurement et le tracé de l'incision ; des opérations ont été faites soit à l'hôpital, soit en ville ; deux des malades m'avaient été confiés par le professeur Terrier.

Tous ces cas, sauf un seul où le néoplasme n'embrassait pas toute la circonférence du rectum et où j'ai fait l'incision para-sacrée de Zuckerkandl, s'adressaient à des cancers à limite élevée, occupant et dépassant même pour la plupart l'épaisseur des parois rectales. Dans deux cas seulement, j'ai conservé le sphincter et fait un Hochenegg ; dans les dix autres, l'extirpation a été totale et j'ai dû pratiquer, non la résection, mais l'amputation du rectum.

Sur 13 opérations, j'ai eu 5 morts, soit une mortalité de 38 0/0. Je porte au nombre des morts postopératoires l'observation d'un malade qui succomba, deux semaines après l'intervention, à des accidents d'affaissement d'asthénie nerveuse, la plaie étant, du reste, en bonne voie de cicatrisation et n'ayant présenté aucune complication. Une fois la mort est survenue par gangrène du bout supérieur fixé en anus sacré ; dans les trois autres cas, elle a succédé à des accidents septicémiques, sans péritonite, du 3e au 6e jour après l'opération.

Assurément, nous avons l'espérance de voir notre statistique s'améliorer, d'une part parce que, instruit par nos faits personnels et ceux des autres, nous perfectionnons notre technique, et surtout parce que nous choisissons mieux nos cas, pensant devoir désormais abandonner à l'anus iliaque les malades que nos premières audaces avaient espéré radicalement guérir.

Malgré tout, nous faisons des réserves expresses sur le pronostic opératoire du cancer du rectum, et ici nous sommes en bonne compagnie, avec Ball, avec Hochenegg, avec ceux même qui ont obtenu les meilleurs résultats. Quoi qu'on fasse, il y aura toujours des mécomptes.

D'ailleurs, la statistique de M. Chaput ne lui donne pas le droit de conclure à la bénignité opératoire du cancer rectal. Notre collègue nous présente dix cas. Qu'il nous permette d'abord de lui faire remarquer que deux sont relatifs à des cancers de l'anse oméga; tous deux, du reste, plus ou moins tardivement, se sont terminés par la mort, l'un par suite d'une opération complémentaire, la fermeture de l'anus iliaque, l'autre, un mois après, par le fait d'une diarrhée qui a commencé de paraître immédiatement après l'intervention.

Il lui reste donc 8 cancers du rectum avec 2 morts, soit une mortalité de 25 0/0. Je sais bien que l'une de ces morts est attribuée à l'éther. La lecture de l'observation ne m'a pas convaincu. Nous avons tous vu mourir avec un pouls rapide, sans fièvre et de l'oppression des malades qui n'avaient rien autre chose que de l'infection suraiguë, pas le bactérium coli.

Je trouve déjà, je le proclame, sa statistique très satisfaisante. Je sais encore que certaines statistiques étrangères sont plus encourageantes que les nôtres. J'en emprunte une partie à un travail de Stierlin, publié en 1889[1].

La meilleure est celle de Czerni : 25 opérations, 1 mort, soit 4 0/0.

La plupart sont loin de nous fournir une aussi belle proportion de succès ; les très bonnes, comme celles de Kronlein, de Bæckel, de Bergman, nous donnent 9, 11,3 et 12,5 0/0.

La plupart oscillent entre 20 et 25 0/0; telles celles d'Hochenegg, 20 0/0 (ses 12 dernières opérations lui ont, il est vrai, donné 12 succès) ; celles de Kœnig, 23,5 0/0 ; celles de Ball[2], 23 0/0 ; je laisse de côté celles de Rose (53 0/0), de Billroth, 39,3 0/0, de Kuster, 58 0/0, qui renferment des opérations de date trop ancienne.

Je ne crois pas être contredit par la majorité de nos collègues en avançant que l'opération pour le cancer rectal demeure une opération grave.

Je ne me sentirais pour ma part nullement en droit d'affirmer qu'ayant un rectum cancéreux à extirper, je vais faire une opération bénigne.

[1] Stierlin, *Beitrage zur klinisehen Chirurgie Rubingen*, 1889.
[2] *The reetum and anus*, 1894.

Il existe, je l'accorde et je viens de le montrer, des différences très grandes dans la statistique des chirurgiens, mais remarquez que le nombre total des opérations est relativement peu élevé pour chaque opérateur. Des spécialistes, tels que Ch. Ball, nous fournissent 13 cas d'extirpation. Les chiffres proportionnels que j'ai cités plus haut s'appliquaient à la totalité de 10, 20 et 25 cas, la statistique de M. Chaput porte sur 8 cas, la mienne sur 13, il suffit de 2 ou 3 cas difficiles, à la limite opératoire, pour surcharger une statistique, la rendre inférieure aux autres et vicier, par suite, les proportions réelles de succès ou d'insuccès.

Je ne puis me défendre d'insister ici, espérant trouver quelque écho au dehors, sur la nécessité ou sur le devoir pour tout médecin de pratiquer le toucher rectal dès qu'un malade accuse quelque gêne ou quelque trouble fonctionnel de ce côté. Les médecins de notre pays me paraissent avoir particulièrement quelque hésitation, sinon quelque répugnance à faire cette exploration ; je le dis parce que je vois fréquemment, depuis quelques années, des malades qui perdent du sang par l'anus depuis des mois, sans qu'aucun toucher ait jamais été effectué. J'ai examiné cette année près de vingt cancers du rectum. Deux seulement m'ont paru justiciables d'une intervention radicale et encore leur mal était-il très avancé, leur état général mauvais.

Un *diagnostic précoce*, tel est donc, à mon sens, le premier et le meilleur moyen d'améliorer nos résultats.

Au point de vue d'une détermination opératoire, on devra se guider non sur le seul siège en hauteur, mais sur l'extension en épaisseur, sur la limitation ou sur la non-limitation aux parois rectales, en particulier sur les adhérences à la vessie, à la prostrate au sacrum sur l'envahissement des fosses ischiorectales. Mais l'état général du malade doit aussi tenir une grande place dans nos préoccupations. Il est de ces malades chez lesquels une intervention relativement minime aboutira à des accidents mal déterminés, qualifiés jadis de schock et qui ne sont que de l'infection sans réaction locale, sans autre réaction générale que de la petitesse du pouls, l'affaissement, puis la mort. J'ai observé des faits absolument analogues chez certains malades atteints de cancers de la langue ; j'ai le souvenir entre autres d'un malade déprimé par des pertes d'argent, une situation sociale compromise, chez lequel j'enlevai, sans opération préliminaire aucune, un petit épithélioma des bords de la langue par deux coups de ciseaux ; je réunis la petite plaie. Le malade succomba en quatre jours, en présentant le tableau clinique que j'ai évoqué plus haut. J'ai opéré, il y a peu de temps, un malade d'une tumeur végétante du rectum pediculée. Le carré de muqueuse sur lequel s'insérait la végétation fut sim-

plement excisé par les voies naturelles et la réunion de la muqueuse faite comme nous la faisons dans les opérations d'hémorrhoïdes. Après trois ou quatre jours de vomissements et d'intolérance absolue de l'estomac, le malade fut pris d'asthénie, d'affaiblissement du pouls, il mourut le huitième jour, sans élévation de température, sans hémorrhagie, sans aucun signe local, sans réaction abdominale quelconque. C'était un athéromateux dyspeptique depuis 40 ans, amaigri, ayant perdu du sang, à système nerveux déprimé. L'intervention a été minime et comparable comme importance, à celle, je le répète, que nous pratiquons pour des hémorrhoïdes. Je me suis demandé si, en dehors des hémorrhagies, souvent peu abondantes d'ailleurs, que présentent au début les cancers du rectum, il ne fallait pas invoquer comme cause de leur dépression, de leur manque de ressort, de leur facilité à succomber à l'infection même réduite et atténuée, l'intoxication chronique qui résulte de la résorption au niveau des surfaces malades et ailleurs des produits de la fermentation intestinale, d'autant que cet état cachectique ressemble à celui qu'on observe chez certains dyspeptiques chroniques atteints de constipation invétérée.

Quoi qu'il en soit de l'hypothèse, nous devons reconnaître que beaucoup de ces malades sont dans un état d'équilibre instable, de telle sorte, que même avec une lésion accessible et limitée, ils sont voués à des accidents graves, si peu contaminés qu'ils soient. Peut-on leur assurer absolument la non-contamination ? Je n'ai vu aucun chirurgien l'affirmer.

Je serai bref au sujet de la technique opératoire, non que le sujet ne comporte un long développement, mais justement parce qu'il m'entraînerait trop loin et qu'il y a tout intérêt à scinder les questions. Je me borne à insister sur la nécessité de pousser aussi loin que possible les chances de préservation de la plaie de toute souillure. Pour cela, quel que soit le tracé du lambeau adopté :

1° Avoir soin d'enlever le segment rectal malade, sans l'ouvrir au préalable;

2° Clore les deux bouts avec des ligatures élastiques avant toute incision;

3° Envelopper les extrémités sectionnées de gaze iodoformée;

4° Amener *sans traction* le bout supérieur, soit au point désigné pour l'anus sacré, soit au contact du bout inférieur;

5° Laisser la plaie cutanée largement ouverte, et sur cela je suis pleinement d'accord avec M. Chaput;

6° Enfin, établir au préalable un anus iliaque.

Je demande ici à insister sur quelques points.

Il importe que le fonctionnement de cet anus soit tel qu'aucune

matière ne passe du bout supérieur dans l'inférieur, qu'il y ait un bon éperon. Je me sers pour l'obtenir du moyen suivant :

Après avoir sorti largement l'os iliaque en ayant soin qu'aucune traction ne s'exerce sur le bout inférieur, c'est-à-dire sur le rectum, je suture le mésentère de chaque côté au péritoine pariétal, puis, la situation extérieure ainsi assurée, je suture l'un à l'autre le cylindre supérieur à l'inférieur, de façon à les adosser comme deux canons de fusil. Je suis d'avis de créer l'anus iliaque, non en même temps qu'on fait l'exérèse radicale, comme Schede, ni seulement deux jours d'avance, comme M. Chaput, mais au moins une douzaine de jours avant l'opération curative. Il faut au moins cette période pour obtenir, je ne dis pas l'asepsie du rectum, mais un certain degré d'infection moindre. Il est bon de faire encore remarquer que le soulagement apporté par la colostomie permet de remonter les patients et de leur procurer quelques nuits de sommeil.

Pour terminer, j'invoque en faveur de l'anus iliaque préalable un avantage se rapportant à l'étude plus précise des indications opératoires.

Il m'est arrivé cette année d'avoir à donner des soins à la parente d'un de mes anciens élèves, atteinte d'un cancer du rectum sur la limite de l'opérabilité. Dans l'incertitude, je pratiquai toujours un anus iliaque et, par l'incision, j'introduisis l'index aussi loin que possible du côté de la concavité sacrée et spécialement sur le parois latérales du petit bassin. Il me fut possible de reconnaître, en dedans de l'hypogastrique, un ganglion dur, manifestement néoplasique.

Tout dernièrement, au cours d'une colostomie, j'ai retrouvé ce même ganglion et je l'ai fait sentir par mes élèves ; il reçoit les lymphatiques de l'ampoule rectale et doit être des premiers envahi dans les cancers de cette ampoule ; il a été, du reste, mentionné dans certaines autopsies, par exemple dans une observation (l'observation I de la thèse de Fayard ; Lyon, 1891, n° 603). L'incision faite pour l'anus iliaque peut donc, en résumé, servir à ce supplément d'information clinique.

Pour terminer, je vais toucher à un dernier point sur lequel mon désaccord avec M. Chaput est bien plus considérable encore, la question de la guérison définitive.

Sur mes huit opérés :

Deux ont eu de la récidive en moins d'un an ;

Une opérée a succombé, un peu plus d'un an après l'opération, à des accidents cérébraux ne paraissant avoir rien de commun avec la métastase ;

Un opéré s'est suicidé six mois après l'opération ;

Une malade, opérée par voie vaginale il y a quatre ans, subit

deux opérations successives pour récidive et succomba près de trois ans après la première intervention ;

Une malade, opérée en mars 1895, était encore bien portante il y a peu de temps ;

Un opéré le 18 janvier 1895 et revu en juin 1896 n'avait aucune récidive ;

Un malade, opéré en novembre 1890 et revu en mai 1896, soit cinq ans et six mois après l'opération, ne présentait aucune récidive.

En résumé, sur huit opérés, deux malades sont restés sans récidive depuis un an et demi environ ; un malade est resté sans récidive depuis cinq ans et demi.

Sur six opérés, M. Chaput compte deux malades sans récidive depuis deux ans et un depuis cinq ans ; il en conclut à 50 0/0 de guérison définitive !

D'abord, convient-il de conclure à une proportion de 50 0/0 en se basant sur six cas ? Et ensuite, allons-nous croire à l'absence de récidive, à la guérison radicale, parce que deux ans et même cinq ans se sont écoulés ? Nous n'en avons pas le droit.

Ce qu'il est juste de dire, c'est que, contrairement au pronostic décourageant et devant engendrer l'abstention de certains médecins, on peut opposer des guérisons de longue durée : tel le cas de cinq ans de M. Chaput, tel le mien de cinq ans et demi, tels ceux de Volkmann de trois, cinq, six et huit ans, celui de Kocher de quatre ans, etc.

Sur soixante-six cas opérés à la clinique de Gottinge, la moitié eurent des récidives après six mois ; un tiers, à la fin de la première année ; sept récidivèrent à la fin de la troisième année.

Ces survies relativement longues ne sont pas très communes.

Billroth, cité par Stierlin, affirme que, sur vingt opérés, la plupart sont morts de récidive un an ou deux ans après ; Volkmann[1], qui a peut-être les plus longues survies, croit que la récidive est plus tardive dans le cancer du rectum ; mais, chez les malades que je citais plus haut, la récidive survint trois, cinq et six ans après l'opération, et son malade, opéré de huit ans, mourut d'un cancer du foie.

On n'a donc pas le droit de dire que si un opéré du rectum n'a pas de récidive après deux ans, comme le dit M. Chaput, ou après trois ans, comme l'écrit Heuck, la guérison peut être considérée comme définitive. Au rectum comme ailleurs, le cancer obéit aux mêmes lois d'envahissement et de généralisation.

La survie est liée au hasard des transmissions lymphatiques et

[1] D'après Stierlin.

des infections ganglionnaires. Hildebrand cite ce fait intéressant, c'est que, sur treize cas opérés où le chirurgien pensait avoir enlevé totalement les ganglions, l'autopsie prouva le contraire. L'adénopathie est fréquente dans le cancer du rectum, comme dans les autres cancers, et l'extirpation complète de ces adénopathies est souvent impossible.

De tous ces faits que je me borne à énumérer et de cette brève critique, il me semble ressortir suffisamment que les espérances qu'aurait pu évoquer dans certains esprits le travail de M. Chaput sont loin d'être réalisables. Je ne veux pas en conclure qu'il faille s'arrêter et désespérer. Arracher à leur fin lamentable un tout petit nombre de cancéreux du rectum me paraît un résultat suffisant pour stimuler nos efforts et encourager nos recherches.

M. Chaput. — En toute sincérité je crois bien que le malade que j'ai cité est mort des suites de l'anesthésie par l'éther.

Quant à l'intervalle qui doit séparer l'établissement de l'anus iliaque de l'opération curative, je persiste à croire que deux jours suffisent, de la sorte le malade n'a pas le temps de perdre du sang par le rectum et de s'affaiblir. On ne le désinfecte pas, c'est vrai, mais on a le temps de vider l'intestin, ce qui est le point important. L'exploration du petit bassin par l'incision iliaque que préconise M. Quénu, me paraît très recommandable.

M. Routier. — Je suis un peu revenu de mon enthousiasme primitif pour l'opération de Kraske.

La création préalable d'un anus iliaque me semble une bonne pratique, et je partage l'avis de M. Quénu, qui porte à une douzaine de jours la période qui doit séparer les deux opérations. On ne saurait sérieusement prétendre, en effet, que l'anus iliaque affaiblisse les malades ; au contraire, il les remonte, et nous connaissons tous des exemples de malades inopérables qui, contre toute prévision, ont survécu quinze et vingt mois après une colostomie.

M. Reclus. — Si le cancer n'est pas petit et mobile à peu de distance de l'anus, je renonce à l'opération radicale ; j'ai pourtant à mon actif un malade auquel j'ai pratiqué l'opération de Kraske il y a sept ans et qui jouit encore d'une bonne santé ; je suis d'accord avec mes collègues Quénu et Routier sur l'influence favorable qu'exerce sur l'état général du malade la création d'un anus iliaque, je crois comme eux qu'il faut plus d'un jour pour désinfecter le rectum.

M. Tuffier. — J'appuie ce qu'ont dit MM. Reclus et Routier, les malades ne subissent guère de dépression après la colostomie

que lorsque celle-ci a été pratiquée pendant une crise d'obstruction intestinale.

Je considère aussi comme une excellente pratique le fait d'explorer la cavité pelvienne par l'incision iliaque, j'y ai eu recours il y a un mois.

M. Berger. — J'ai observé à la suite de l'extirpation du rectum des accidents à marche rapide emportant les opérés en quarante-huit heures ; cela dans deux cas, je les ai attribués à l'intoxication, par l'iodoforme, mais il est possible que l'iodoforme ne puisse pas toujours être incriminé et je pense, en effet, que les opérations pour le cancer du rectum en elles-mêmes, y exposent. Comme résultat éloigné d'extirpation rectale, je possède une observation où le malade était bien portant quatre ans après ; je ne crois pas qu'il y ait lieu de discuter ici les mérites de l'anus iliaque à titre palliatif.

M. Quénu. — Je n'ai parlé de l'anus iliaque que comme premier temps d'une opération curative ou du moins à prétention curative ; ce serait nous écarter de la discussion que de traiter ici la question importante de l'anus iliaque palliatif.

La gravité de l'extirpation du rectum reconnaît pour cause l'infection de la plaie opératoire par le contenu septique du rectum, il était donc naturel que les chirurgiens fissent des efforts pour supprimer ou atténuer cette source de complications.

Les moyens employés pour la désinfection du rectum, en dehors des purgatifs répétés et de l'usage prolongé du régime lacté et des poudres médicamenteuses, sont l'anus iliaque, les lavages du rectum, le curettage, les pansements. Aucun de ces moyens, isolé, ne suffit à amener un résultat satisfaisant. J'ai tenté de les associer, j'ai pratiqué de grands lavages par le bout inférieur de l'anus iliaque avec différentes solutions, en particulier avec l'eau naphtolée, le permanganate de chaux, le permanganate de potasse, etc. ; ces dernières solutions ont été mal supportées, les autres ont été insuffisantes. On s'en rend compte, du reste, quand on a l'occasion d'examiner ces ulcérations cancéreuses du rectum presque toujours gangrenées et d'une septicité extrême. Le curettage, quand il est possible, est le seul moyen capable de produire, non une désinfection complète, mais une désinfection relativement satisfaisante du rectum. J'ai employé tout dernièrement le carbure de calcium qu'avait, pour l'utérus, préconisé notre collègue Guinard ; le malade n'en a pas retiré grand profit, ces applications sont douloureuses et ne suppriment pas l'écoulement. En outre, un malade eut à la chute des escarres une hémorrhagie qui se fit à la fois par l'anus et le bout inférieur de l'anus iliaque.

M. Chaput. — Je persiste dans mon opinion que les malades s'affaiblissent les jours qui suivent la création d'un anus iliaque ; il faut pour que les malades se relèvent, cinq à six semaines. Le curettage de l'ulcération cancéreuse me paraît rationnel, mais il n'est pas applicable à tous les cas.

Rapport.

Pied bot varus équin congénital chez l'adulte, traité par l'extirpation de l'astragale, du scaphoïde, du cuboïde et des deux tiers antérieurs du calcanéum. Guérison, par le Dr E. Rochard.

Rapport par M. E. KIRMISSON.

Messieurs, je viens brièvement vous rendre compte d'une observation qui vous a été communiquée par notre collègue, le Dr E. Rochard, et qui a trait à un pied bot congénital traité par une large tarsectomie.

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, présentant un pied bot congénital invétéré du côté droit. Au moment de la naissance, la difformité était double ; l'enfant subit une double ténotomie du tendon d'Achille, suivie du port d'appareils orthopédiques. A gauche, la difformité fut assez bien corrigée par le traitement; au moment où le malade se présenta à l'examen de M. Rochard, à l'hôpital Lariboisière, en août 1895, il restait seulement, à gauche, un peu d'équinisme, accompagné d'un léger chevauchement des orteils ; à droite, la face plantaire regarde directement en dedans, la face dorsale directement en dehors ; c'est sur elle que le malade appuie le pied et, au niveau du point d'appui, il existe une énorme bourse séreuse. L'astragale fait saillie sous la peau ; le pied est dans l'adduction ; chevauchement des orteils. Les péronés et les tibias ont la même longueur des deux côtés.

Le 19 août, M. Rochard opéra de la façon suivante : Après application de la bande d'Esmach, incision sur le bord externe du pied ; extirpation de l'astragale, du scaphoïde, du cuboïde et des deux tiers antérieurs du calcanéum, sans sections tendineuses ; redressement complet du pied, qui est placé dans un appareil plâtré.

Les suites opératoires ont été satisfaisantes ; au bout de vingt jours, le premier pansement a été fait et on a enlevé les fils ; le quarantième jour, suppression de l'appareil plâtré. Le 30 octobre, c'est-à-dire au bout de deux mois et demi, le malade a commencé à marcher à l'aide de béquilles.

Au moment où il nous a été présenté, le 4 décembre dernier, l'état était le suivant : le malade reposait bien directement sur la

plante du pied, mais il conservait encore une petite fistulette au côté externe du cou-de-pied et se servait d'un appareil à tuteurs latéraux embrassant la partie inférieure de la jambe. J'eusse été heureux de le revoir pour juger du résultat définitif, et c'est dans cette intention que j'ai différé le rapport que je devais vous présenter. Malheureusement, malgré les recherches auxquelles il s'est livré, M. Rochard n'a pu retrouver son malade. Le fait n'en est pas moins intéressant, et vous pouvez, d'ailleurs, par l'examen des moulages que l'auteur a joints à sa communication, juger de la valeur du résultat obtenu.

Messieurs, je ne veux pas, à propos de cette observation, reprendre ici l'histoire du traitement du pied bot invétéré, d'autant que la question est posée devant le prochain Congrès de chirurgie, où elle pourra être discutée tout à loisir. Je ferai observer, cependant, que dans l'examen des motifs qui l'ont conduit à cette large tarsectomie, M. Rochard fait intervenir surtout l'âge du malade (19 ans); on ne saurait, d'après lui, se conduire de la même façon chez un adulte et chez un enfant. Si, chez l'enfant, l'incision de Phelps, combinée à la large arthrotomie médio-tarsienne, se montre suffisante, chez l'adulte, la tarsectomie deviendrait nécessaire. Nous ne saurions, pour notre part, admettre ce raisonnement dans toute sa rigueur. Deux fois, au moins, chez des jeunes filles de 19 et de 16 ans, nous avons pu, par la seule incision de Phelps, combinée à une large arthrotomie médio-tarsienne, corriger des pieds bots invétérés. Tout dernièrement, nous avons eu l'occasion de revoir l'une de ces jeunes filles que nous avions opérée cinq ans auparavant, à l'âge de 16 ans, et nous avons pu constater l'excellence du résultat.

Nous pensons donc que, même chez l'adulte, c'est à l'articulation médio-tarsienne, siège principal des lésions dans le pied bot congénital, qu'il faut s'adresser tout d'abord. Si la large arthrotomie médio-tarsienne se montre insuffisante, on pourra y joindre une excision cunéiforme du tarse au côté externe, de façon à compléter le redressement. L'avantage que présente cette manière de faire, c'est de ménager, autant que possible, le squelette. Il faut bien le dire, en effet : si, dans son cas particulier, M. Rochard a réussi à obtenir un redressement complet, ce n'est qu'en sacrifiant une grande partie du squelette du pied ; mesuré sur son bord externe, le pied opéré mesure 5 centimètres de longueur en moins que le pied sain.

Ces réserves faites, je vous propose, messieurs, d'adresser nos remerciements à notre collègue, M. Rochard, en déposant dans nos Archives son observation.

Lecture.

M. Verchère. fait une communication sur le *traitement des kystes du cou* (M. Walther, rapporteur).

Présentation de pièces.

Sutures par cautérisation.

M. Chaput. — Les pièces que je vous présente ici sont relatives à des sutures par cautérisation.

Voici le résumé de ces expériences :

Chien n° 1. — Le 3 mars 1896, résection de l'intestin; ligature en masse des deux bouts enterrés dans des sutures séro-séreuses.

Entéro-anastomose pour rétablir le cours des matières. Ablation d'un lambeau musculaire. Cautérisation de la muqueuse. Suture séro-séreuse d'union. Guérison. L'animal est tué le 16 mars. État parfait.

Chien n° 2. — Le 23 mars 1896 je lie l'intestin grêle avec une lanière de gaze iodoformée. J'établis une entéro-anastomose au-dessus par cautérisation (même technique que plus haut). Guérison. Tué le 15 mai. État parfait.

Chien n° 3. — Le 23 mai 1896, simple entéro-anastomose par cautérisation. Guérison. Tué le 26 juin. Orifice très beau. État parfait.

Chien n° 4. — Le 26 mai 1896, entéro-anastomose par cautérisation. Guérison. Tué le 5 juin. État parfait.

Chien n° 5. — Le 3 juillet 1896, entéro-anastomose par cautérisation, sans résection de la muqueuse. J'exécute l'opération avec une pince rougie au feu avec laquelle je saisis un pli longitudinal sur la concavité de l'intestin. Sutures séro-séreuses d'union. Guérison. Tué le 10 juillet. État parfait.

Chien n° 6. — Le 17 juillet 1896, gastro-entérostomie par cautérisation. L'intestin grêle est cautérisé à la pince. J'incise un lambeau musculaire elliptique sur la paroi antérieure de l'estomac et je cautérise au thermocautère la face externe de la muqueuse. Guérison. L'animal sera conservé deux mois.

Chien n° 7. — Le 10 juillet 1896, suture circulaire par cautérisation. Ligature en masse des deux bouts. Cautérisation à la pince en deçà de la ligature. L'animal meurt le 12 juillet. Pas d'autopsie.

Chien n° 8. — Le 9 mars 1896, l'intestin est lié circulairement à la soie; j'établis au-dessus une entéro-anastomose par cautérisation avec excision musculaire.

Dans la même séance, j'exécute une gastro-entérostomse par cautérisation avec excision musculaire; je lie, en outre, le pylore à la soie.

Mort le 10 mars. Pas de péritonite; sutures parfaites. Les entraves ne sont pas tombées. L'animal a succombé à l'occlusion intestinale.

Réflexions. — En résumé, sur huit expériences, je compte six entéro-anastomoses ou gastro-entérostomies avec six guérisons.

Deux sutures circulaires m'ont donné deux morts par occlusion.

J'en conclus que les anastomoses par cautérisation sont d'excellentes opérations.

Mes expériences sont encore trop peu nombreuses pour me permettre de rejeter définitivement la suture circulaire par cautérisation.

Toutefois, ces premiers échecs nous interdisent, pour le moment, de l'essayer chez l'homme.

Élection.

M. Lejars est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Quénu.

Séance du 29 juillet 1896.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

Discussion sur le traitement du pied-bot.

M. L. Championnière. — Je tiens à faire deux ou trois courtes remarques sur le rapport de M. Kirmisson. Je ne saurais approuver

les indications telles qu'elles nous sont présentées. J'ai toujours dit qu'avec les opérations osseuses larges, on a toujours des résultats plus rapides; le procédé que je suis réussit à enlever tout ce qui gêne et à aller au-delà; il faut avoir un pied malléable, tel est le premier point.

Le deuxième point consiste à mobiliser très rapidement, et même à ne pas immobiliser. Je ne place jamais d'appareil plâtré, je mobilise au bout de huit jours et je fais marcher rapidement mes opérés; j'ai de la sorte opéré 23 pieds-bots avec succès.

M. Kirmisson. — Je suis d'un avis diamétralement opposé; je suis d'avis d'enlever le moins d'os possible, et pas du tout, si on peut.

Cette question doit venir en discussion au prochain Congrès de chirurgie; je ne crois pas utile d'y insister aujourd'hui.

Rapports.

I. — *Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. Décollement de la vésicule biliaire et hémorrhagie du foie. Laparotomie. Guérison*, par le Dr J.-L. Faure, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. WALTHER.

M. J.-L. Faure vous a lu, il y a quelques semaines, une observation de contusion grave de l'abdomen traitée avec succès par la laparotomie.

En outre de l'intérêt qui s'attache toujours aux faits d'intervention pour contusion de l'abdomen, les lésions rencontrées par M. Faure au cours de l'opération, lésions très rares et ici très exactement décrites par l'opérateur, méritent de retenir votre attention.

Voici dans quelles conditions a été faite la laparotomie :

Le 13 janvier dernier, à 4 heures de l'après-midi, un palefrenier reçoit, d'un cheval qu'il était occupé à panser, un violent coup de pied dans l'hypochondre droit. Il tombe, peut se relever immédiatement, mais la douleur qu'il éprouve est si violente qu'on le transporte d'urgence à l'hôpital de la Pitié où il est reçu dans le service de M. Reclus. Là, l'interne de garde, constatant tous les signes d'une contusion grave de l'abdomen, fait appeler M. Faure, chirurgien de garde, qui voit le malade à 7 heures, par conséquent trois heures après l'accident.

« Le malade, nous dit M. Faure dans son observation, pousse des gémissements continus et chaque mouvement lui arrache des cris. Il a

eu quelques nausées, mais pas de vomissements. Ni selles, ni miction.

« Le facies est anxieux, mais assez bon, la langue sèche, le pouls, qui bat 56, est plein. La température axillaire n'est que de 34°,5.

« Au niveau de l'abdomen, on ne voit rien, ni éraflure, ni ecchymose. Les muscles, fortement contracturés, font une saillie marquée sur la paroi abdominale. Les cuisses sont légèrement fléchies. Il n'y a pas le moindre ballonnement du ventre, qui est même plutôt rétracté.

« *Percussion normale.* — A la palpation, on ne sent rien de particulier; mais on constate une douleur très vive au-dessous du rebord costal droit, au niveau du bord externe du muscle grand droit. La moindre pression en ce point arrache des cris au blessé. »

En présence de ces accidents, M. Faure pratique immédiatement la laparotomie.

Le malade est endormi à l'éther.

L'exploration de l'abdomen faite par une incision médiane, étendue de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, montre un épanchement sanguin assez abondant dont il est impossible de reconnaître la source. Un débridement de 4 centimètres au-dessous de l'ombilic ne permettant pas encore d'arriver sur le foyer traumatique, M. Faure pratique à droite une incision transversale de 8 centimètres, divisant complètement le muscle droit et tombant perpendiculairement sur le milieu de l'incision verticale. Il peut alors constater que l'épiploon et le colon transverse sont couverts de taches ecchymotiques; l'ablation de quelques caillots sanguins met à découvert l'épiploon gastro-hépatique distendu par du sang qui a filtré derrière le duodénum et jusque dans le tissu cellulaire rétropéritonéal.

Enfin, au bord antérieur du foie se trouve la source de l'hémorrhagie. La vésicule biliaire est presque complètement décollée du foie auquel elle ne tient plus que par un lambeau de péritoine qui la rattache au bord droit de la fossette cystique. Elle flotte ainsi appendue à cette lame péritonéale, basculant sur son axe et tournant à gauche sa face supérieure saignante. Le col de la vésicule, le canal cystique sont intacts. La paroi de la vésicule n'a pas été déchirée et la cavité est distendue sans qu'il soit possible de reconnaître si c'est par de la bile ou par du sang.

La portion correspondante du foie, la fossette cystique offre aussi naturellement une surface dénudée, saignante, large de 2 centimètres longue de 8 centimètres environ.

Au bord gauche de cette fossette cystique, le bord antérieur du foie est déchiré, et dans cette déchirure on aperçoit béante une artère de 1 millimètre environ de diamètre, donnant un jet de sang que M. Faure compare à celui que fournirait une coronaire labiale.

M. Faure, craignant de ne pouvoir que très difficilement placer une bonne ligature sur le tissu friable du foie, saisit dans une pince hémostatique l'artère avec le tissu hépatique qui l'entoure et laisse cette pince à demeure. Il place une mèche de gaze stérilisée au niveau de la fossette cystique, puis suture au catgut le péritoine et le muscle grand droit, et au crin de Florence la peau.

Deux heures après l'opération, le pouls est à 60°, la température remonte à 37°.

Les suites de l'opération sont fort simples.

La mèche de gaze stérilisée est enlevée au bout de quarante-huit heures.

Le neuvième jour, on enlève les sutures de la peau, mais à ce moment le malade fait un effort de toux, la plaie se rouvre et une anse d'intestin recouverte d'épiploon fait hernie ; M. Faure résèque alors l'épiploon, pratique de nouvelles sutures de la paroi qui sont laissées en place huit jours. Le malade part complètement guéri le 28 février.

J'ai tenu à vous rappeler avec quelques détails cette observation, parce qu'elle me paraît offrir un réel intérêt qui ressort bien plus de la simple relation des faits constatés que des réflexions qu'on y pourrait ajouter.

En présence d'accidents graves consécutifs à une contusion violente de l'abdomen, M. Faure n'a pas hésité à intervenir et a pu le faire heureusement trois heures après l'accident. L'exploration de l'abdomen lui a immédiatement montré qu'il ne s'agissait pas de lésions de l'intestin, mais d'une hémorrhagie assez abondante pour entraîner rapidement une terminaison fatale ; la recherche du siège de cette hémorrhagie lui a permis de découvrir le décollement de la vésicule biliaire, lésion rare dont je n'ai retrouvé que deux exemples, et enfin il a pu très simplement et très complètement assurer l'hémostase.

L'intervention était formellement indiquée, elle a été conduite avec sûreté et couronnée de succès ; c'est donc là de la bonne chirurgie et nous ne pouvons qu'en féliciter l'auteur.

Aussi, Messieurs, vous proposerai-je de déposer dans nos Archives cette très intéressante observation et d'adresser nos remerciements à M. Faure.

Discussion.

M. Routier. — Je profite de cette circonstance pour vous rapporter un fait de traumatisme du foie dont l'issue a été moins heureuse.

Il est vrai que la malheureuse qui avait subi ce traumatisme avait en même temps un énorme kyste hydatique du foie, de telle sorte que, sous le coup de pied de cheval, le foie était absolument éclaté, le kyste rompu, et malgré une intervention rapide, la malade a succombé dans la nuit ; les pièces anatomiques ont prouvé que toute chance de guérison était impossible.

II. — *Kyste à grains riziformes du poignet droit; extirpation totale de la poche*, par le Dr ZAEPFFEL, médecin principal à Saint-Étienne [1].

Rapport par M. CHAMPIONNIÈRE.

Messieurs, je viens vous rapporter une observation intéressante du Dr Zaepffel, médecin principal à Saint-Étienne, qui me paraît assez intéressante pour être publiée intégralement dans nos *Bulletins*.

Je ne ferai, en ce qui la concerne, qu'une réserve. M. Zaepffel conseille l'ablation intégrale de la paroi des kystes à grains riziformes; je pense qu'elle n'est possible que fort rarement et que si on doit se proposer de la faire, il faut bien savoir qu'on ne peut habituellement l'achever. Je fais en ce cas tout mon possible pour compléter l'action du bistouri et de la curette par l'action d'une solution de chlorure de zinc au dixième.

Je propose donc la publication intégrale de l'observation de M. Zaepffel.

W... (Joseph), 21 ans, 2e sapeur au 5e régiment du génie, entre à l'hôpital militaire de Versailles le 12 janvier 1895; cet homme ne présente pas d'antécédents héréditaires, il était ajusteur-mécanicien avant son entrée au service; l'état général est bon, quoique le teint soit peu coloré. A 16 ans, il est atteint de rhumatisme articulaire généralisé qui dure trois mois.

Depuis cette époque, le malade a ressenti des douleurs assez vagues au cou de pied et au poignet droits, et il aurait constaté déjà, dès cette époque, la présence d'une tumeur dans cette dernière région.

Cette tumeur, au moment où nous voyons le malade, siège au niveau de la gaine cubitale des tendons fléchisseurs de la main, au-dessus du poignet; elle forme une légère bosselure, ne dépassant pas la ligne médiane, de forme irrégulièrement triangulaire, à base supérieure, limitée en dehors par le tendon du grand palmaire, sans changement de coloration de la peau, indolente, fluctuante.

La fluctuation se transmet à une autre tumeur qu'on trouve dans la paume de la main, sans bruit appréciable au moment de la transmission par suite de passage de grains riziformes d'une poche à l'autre.

La tumeur cause une gêne peu notable dans les mouvements de la main; la flexion de l'annulaire et du petit doigt est peut-être un peu moins étendue qu'à gauche; le malade ne présente pas d'engorgement ganglionnaire nulle part, et nous ne trouvons rien à l'auscultation de la poitrine.

L'opération fut faite le 28 janvier 1895.

[1] Observation présentée à la Société de chirurgie dans sa séance du 13 février 1895.

Le malade chloroformisé, la main et l'avant-bras droit furent couchés sur un coussin, de façon à ce que l'inclinaison du segment inférieur du bras soit à peu près de 45° ; cette inclinaison est substituée à la bande d'Esmarch.

L'incision de la peau part du talon de la main, remonte sur la tumeur le long du bord interne du petit palmaire; le tissu cellulaire et l'aponévrose sont successivement coupés ; le tendon du petit doigt palmaire qui passe sur la tumeur est récliné en dehors.

La poche est alors séparée des tissus fibreux qui l'entourent, de la face à la profondeur, et se présente sous forme de tumeur à contours très arrêtés, sauf un diverticulum qui s'en détache et remonte au-dessous du ligament annulaire.

La poche antibrachiale ayant été bien isolée, nous prolongeons du côté de la ligne médiane l'incision du poignet; le ligament annulaire du carpe est mis à nu, mais respecté, l'aponévrose palmaire superficielle est disséquée à petits coups, jusqu'à ce que nous arrivions sur le kyste palmaire.

L'arcade palmaire que nous voyons battre sur le pourtour est réclinée, peu à peu la tumeur est isolée.

Reste le canal de communication ; c'est avec les ciseaux et en tirant alternativement sur chaque poche, que nous parvenons à le séparer des tissus fibreux qui l'entourent, ainsi que du ligament annulaire. La conservation de ce ligament, qui forme comme un pont sur la tumeur, rend ce temps de l'opération difficile.

Enfin nous pouvons, en faisant fluer le liquide d'une poche dans l'autre, faire passer la poche palmaire sous le ligament annulaire et recueillir toute la tumeur.

La plaie est lavée au chlorure de zinc, drainée, pansée à la gaze iodoformée et à l'ouate de tourbe.

Description de la tumeur. — La tumeur a 6 centimètres de long, elle présente deux renflements, le plus large correspondant à l'avant-bras; l'autre, plus allongé à la paume de la main; au point où le renflement antibrachial commence à se rétrécir, se trouve un diverticulum arrondi assez volumineux.

La tumeur renferme une bouillie de grains lenticulaires demi-transparents sans liquide.

La plaie était réunie huit jours après, excepté au niveau du drain.

Réflexions. — Nous ferons accompagner cette observation des réflexions suivantes :

1° Nos recherches ne nous ont pas fait découvrir de cas où l'extirpation complète d'un kyste du poignet, à grains riziformes, eût été faite.

Cependant, M. le professeur Delorme, dans une communication verbale, m'aurait dit l'avoir pratiquée il y a plusieurs années et avoir présenté le cas à la Société de chirurgie ;

2° En tous cas, comme il s'agit dans l'espèce d'une tumeur à parois, habituellement infiltrée de tubercules, il y a un intérêt pratique à l'extirper au lieu de ne pratiquer qu'un simple curetage, comme il est recommandé;

3° Cette opération a démontré combien la bande d'Esmarch était peu utile et était remplacée avantageusement par l'élévation du membre; nous n'avons été, en effet, gêné en aucun moment par le sang, mais nous avons pu voir, grâce à sa suppression, les battements de l'arcade palmaire qui nous ont servi à nous la faire éviter, sa section étant pour le moins inutile.

Discussion.

M. Reynier. — J'approuve les conclusions de M. Championnière; quand on peut enlever les kystes à grains riziformes, il faut les enlever. Cela est rare. Actuellement, je fais l'opération suivante: je dissèque les tendons, j'excise tout ce que je peux exciser. Il faut faire une opération aussi complète que possible; la fonction est souvent conservée.

M. Championnière. — Je déclare qu'il n'est pas toujours possible de faire autre chose que des excisions partielles.

M. Walther. — J'ai deux faits qui viennent à l'appui de la nécessité d'enlever toutes les fongosités dans les segments tendineux; une pianiste opérée par M. Brelat a pu reprendre sa profession.

M. Peyrot. — Ces faits prouvent qu'on peut se servir des tendons sans gaines, cela ne prouve pas qu'il faille toujours enlever les gaines; j'ai vu chez des enfants l'abstention être suivie de guérison; il ne faut donc pas ériger l'intervention en méthode.

M. Poncet. — Je partage l'avis de M. Peyrot, c'est précisément dans les synoviales du poignet qu'on voit les formes atténuées de tuberculose. Dans nombre de cas l'incision suivie de grattage suffit pour entraîner la guérison; il en est de cela comme de la péritonite tuberculeuse, où la simple laparotomie guérit souvent la péritonite.

M. Championnière. — La discussion dévie; il s'agissait dans mon rapport de cas particuliers; j'estime que dans les tuberculoses, quand on peut enlever la totalité des lésions, on doit le faire. Je veux bien reconnaître qu'il y a une limite à l'intervention.

Communication.

Traitement des rétrécissements non cancéreux du rectum par la dilatation progressive,

Par M. PAUL RECLUS.

L'ordre du jour est épuisé et M. le Président trouve qu'il est trop tôt pour lever la séance. Je profite donc du temps qui nous reste pour vous faire une brève communication sur deux cas de rétrécissements non cancéreux du rectum, que je viens de traiter par la dilatation progressive, avec un succès immédiat que je n'avais jamais vu, ni dans ma pratique ni dans celle de mes maîtres. J'attribue ce succès à certains détails de technique que je désire vous soumettre.

Voici d'abord un rapide résumé de mes deux observations : Au commencement de juillet le professeur Fournier m'envoya un de ses clients atteint d'un rétrécissement syphilitique du rectum.

Il s'agissait d'un capitaine de l'armée roumaine qui avait eu un chancre dans sa jeunesse et qui depuis avait été traité pour des accidents de vérole constitutionnelle. Depuis quelques mois il s'était aperçu de certaines difficultés pour aller à la garde-robe. On crut à des hémorrhoïdes et un médecin de son pays lui pratiqua l'excision de la muqueuse marginale, par la ligature élastique. Mais les accidents de rétention, loin de s'amender, s'accusèrent, puis il s'y joignit des épreintes, l'expulsion plusieurs fois par jour et par nuit d'une matière glaireuse et purulente, et c'est à ce moment que notre capitaine vint consulter M. Fournier qui nous l'envoya.

Au niveau de la marge anale, il existait des condylomes abondants et sous deux d'entre eux s'ouvrait une fistule sèche, mais assez large pour permettre l'introduction d'une sonde n° 4 ou 5. Leur trajet paraissait lisse et aboutissait, en cheminant sous la muqueuse, dans l'ampoule rectale, au-dessous du rétrécissement. Au point d'abouchement existait une bride qui allait d'une paroi à l'autre, s'insérant sur les deux points opposés de la muqueuse et rappelant les cordages tendineux du cœur. L'ampoule rectale était remplie par des saillies, des mamelons durs, résistants, recouverts d'épithélium et abondants surtout à la partie postérieure. Le rétrécissement était situé au-dessus, à 8 ou 9 centimètres environ au-dessus de l'orifice anal. Il formait comme une sorte d'ajutage, cannelé, ou même rayé comme le canon d'un fusil. Il admettait à peine le bout de l'index, mais on le sentait se continuer plus haut, sans qu'on pût en marquer les limites supérieures.

Je commençai immédiatement le traitement : j'introduisis avec une pince à bouts mousses des petits tampons d'ouate hydrophile, gros comme un haricot et munis d'un fil pour les retirer. Je les imbibais

d'une solution de cocaïne au centième et j'en faisais pénétrer coup sur coup quatre ou cinq, que je conduisais avec une pince jusqu'au-dessus du rétrécissement. Puis j'attendais cinq minutes pour obtenir l'anesthésie et je prenais une sonde d'Hegar. La première que je fis passer était le n° 9 ; le n° 10 pénétra aussi dans cette séance. Après leur introduction, analogue à celle des béniqués pour l'urèthre, et sans les laisser à demeure, je faisais avec un irrigateur ou un bock auquel était annexée la sonde de Budin, un grand lavage avec de l'eau goudronnée à la température de 50°. Le soir, la même irrigation était faite, mais cette fois-ci sans dilatation préalable.

Le lendemain, nouvelle séance, où je pus passer les n°s 11 et 12. Puis le surlendemain, 12, 13 et 14 et ainsi de suite jusqu'au n° 23 de la filière Hegar, ce qui correspond à une sonde du volume de l'éminence thénar. De plus, des modifications importantes s'étaient faites dans le rétrécissement : non seulement le malade allait facilement à la selle, sans douleur, sans effort, sans perte de sang, mais les épreintes avaient disparu et il n'avait plus ces pertes muco-purulentes, cette leucorrhée fétide qui le forçait à se lever plusieurs fois par nuit. Dès le quinzième jour, l'état général et local s'était tellement amélioré que notre capitaine put quitter la France et retourner en Roumanie. Il avait comme consigne de se passer les sondes 21, 22 et 23 au moins une fois par semaine et de continuer les grandes irrigations à l'eau goudronnée à la température de 50° centigrades.

Notre deuxième cas a trait à un Brésilien de 30 ans qui me fut envoyé par notre excellent collègue de Pernambuc, le Dr Malachias Gonsalves.

C'était un homme pâle et déjà cachectique. Les accidents étaient graves chez lui, l'écoulement était très abondant, douloureux et durait depuis plusieurs mois; l'obstruction était imminente et les efforts pour aller à la garde-robe n'étaient couronnés d'un succès médiocre qu'après l'emploi de purgatifs énergiques et répétés.

Le rétrécissement différait beaucoup de celui de notre précédent malade, bien que dans ce cas aussi il y eût la syphilis à la base. A 14 ans notre Brésilien avait eu un chancre. Mais ici, pas de fistule sèche, pas de condylomes, pas de volumineuses saillies, pas de végétations dans l'ampoule rectale. Mais au-dessus de celle-ci on trouvait, à 8 ou 9 centimètres de l'anus, un étranglement annulaire, un diaphragme percé à son centre et qui aurait rappelé les rétrécissements congénitaux, n'eût été son siège élevé et surtout sa consistance cicatricielle. L'orifice était très petit ; il admettait à peine la pulpe de l'index et on ne pouvait le franchir. Ce n'est qu'après la dilatation que je pus reconnaître qu'au-dessus de cet anneau la muqueuse était tomenteuse et certainement ulcérée. Le malade m'était arrivé en même temps que celui de ma première observation et j'eus recours au même traitement.

Je passai le n° 11 de la filière d'Hegar, mais il me fut impossible de passer le n° 12. Non que le malade cocaïnisé éprouvât aucune douleur,

mais la résistance était invincible. Je conduisis alors sur mes doigts un bistouri boutonné et je sectionnai en quatre endroits le rétrécissement annulaire, tout comme je l'aurais fait du collet du sac dans une hernie. A partir de ce moment la dilatation put être menée grand train, et au bout de douze jours, je passais, comme chez mon malade précédent, le n° 23. Pour plus de sécurité j'allai même jusqu'à 24 et 25. Au bout de quinze jours de ce traitement, auquel, comme dans le cas précédent, j'avais associé d'abondantes irrigations d'eau goudronnée à la température de 53°, le malade me quitta. Chez lui aussi la leucorrhée anale avait à peu près complètement cessé. Le patient devait continuer à se passer des bougies chaque semaine et à prendre un lavement au goudron tous les jours.

Je n'ai pas la prétention, messieurs, de vous présenter ces malades comme des malades guéris. Je sais trop les déboires que nous réservent si souvent les rétrécissements pour avancer une pareille affirmation. Mais je me demande s'ils ne vont pas se trouver dans la situation des rétrécis de l'urèthre, qu'il faut, avec ou sans uréthrotomie interne, continuer à sonder, et qui, sous le bénéfice de cette réserve, peuvent sans accidents atteindre l'extrême vieillesse. Ce serait vraiment très beau et je n'ose pas l'espérer. En tout cas, je puis vous dire que jamais je n'avais vu les tentatives de dilatation que j'avais faites ou que j'avais vu faire chez mes maîtres Broca, Trélat, Labbé et Verneuil, donner des résultats immédiats pareils.

J'attribue mes deux succès d'abord à l'emploi de la cocaïne. La dilatation était jadis très douloureuse, le patient ne voulait plus s'y soumettre dès la deuxième ou la troisième séance, et le chirurgien, qui trouvait un sphincter contracturé, saignant et dans un état très peu satisfaisant, après les premiers essais, n'insistait plus pour continuer les tentatives. Mais le sphincter insensible, grâce à la cocaïne, se laisse facilement pénétrer; il en est de même du rétrécissement, et les séances de dilatation ne sont pas redoutées par le malade qui s'y prête sans révolte.

La cocaïne, d'ailleurs, n'est pas sans effet sur la muqueuse irritée; elle est un antiphlogistique et un cicatrisant, ainsi que je l'ai montré, il y a cinq ans, avec mon maître M. Feréol. Enfin, l'eau chaude et le goudron agissent sur la rectite qui accompagne la coarctation rectale. Aussi, je crois qu'il faut unir, pour expliquer les bons résultats de ma technique, la cocaïne, les bougies d'Hegar et l'eau chaude goudronnée.

Discussion.

M. Quénu. — Il ne convient pas de traiter dans un bout de séance une question aussi importante que celle du traitement du rétrécis-

sement du rectum. Je veux me borner à quelques critiques strictement limitées aux points qu'a touchés M. Reclus. Dans ce qu'on appelle rétrécissement syphilitique, il y a deux choses: le rétrécissement et la rectite; ces deux lésions sont ordinairement associées, mais pas toujours ; il y a des rectites partielles qui, primitivement au moins, ne s'accompagnent pas d'atrésie, puis la rectite engendre le rétrécissement qui, à son tour, influence les altérations inflammatoires.

M. Reclus ne s'est pas seulement adressé à l'élément rétrécissement, il a fait un traitement complexe, il a lavé le rectum avec un antiseptique, il a pratiqué de véritables petites rectotomies internes et la dilatation. Les succès très récents et probablement temporaires qu'il a obtenus ne sauraient donc être mis au seul compte de la dilatation.

M. Reclus sait aussi bien que moi quelles sont les nombreuses difficultés de la thérapeutique en présence des rétrécissements rectaux, il ne saurait parler de guérison, mais de simple amélioration.

L'extirpation que j'ai faite un des premiers m'avait donné des résultats durables, j'ai reconnu qu'ils n'étaient pas définitifs, cela tient précisément à ce que si nous pouvons supprimer le rétrécissement, ce n'est pas tout, nous avons peu de prise sur la rectite.

M. Reynier. — Il y a un élément dont on n'a pas parlé, c'est l'élément spasmodique, comparable à ce qu'on observe dans les rétrécissements de l'urèthre. M. Reclus a agi sur cet élément avec la cocaïne.

M. Quénu. — On ne saurait établir de rapprochement entre les rétrécissements de l'urèthre et de l'œsophage et ceux qui nous occupent : l'inflammation des parois rectales est ici telle que, véritablement, le spasme intervient bien peu, et, en tout cas, l'action de la cocaïne serait bien momentanée. La question est des plus complexes et ne saurait, je le répète, être si brièvement traitée. Il y a toute la question de l'anus contre nature à débattre, je me borne à en signaler l'indication possible. J'ajoute encore un mot relativement à la communication de M. Reclus ; il nous parle beaucoup d'ulcérations dans ses deux cas ; sur quoi s'appuie-t-il ? Il ne faut pas croire que la suppuration abondante du rectum corresponde nécessairement à la présence d'ulcérations.

M. Reclus. — Je souscris à ce que dit M. Quénu au sujet des ulcérations ; je crois néanmoins que dans mon second cas, il y en avait. Je ne considère pas, bien entendu, mes malades comme guéris, j'ai seulement trouvé ees résultats immédiats bons et j'ai voulu citer ces deux faits.

M. Terrier. — L'importance de l'anus contre nature dans les rétrécissements syphilitiques du rectum, que j'ai vu utiliser par M. Quénu, me paraît très grande : il est logique de détourner d'un conduit enflammé le passage des matières septiques.

Présentations de pièces.

M. Quénu. — Je présente à la Société une petite tumeur de la corde vocale inférieure droite, que j'ai extirpée par la thyrotomie, avant-hier, chez un malade d'une soixantaine d'années. J'ai, sous le chloroforme d'abord, fait la trachéotomie, puis fendant le thyroïde sur la ligne médiane, j'ai fait écarter les deux ailes et excisé au bistouri toute la corde vocale droite. L'examen histologique et l'observation clinique seront publiés ultérieurement.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter un gros calcul biliaire pesant 20 grammes, que j'ai retiré du canal cystique d'une femme de 45 ans.

Cette femme avait des coliques hépatiques sans ictère depuis 12 ans.

Depuis 6 mois, elle avait des douleurs vives et continues dans la région du foie et peu à peu se dessinait une tumeur nettement vésiculaire, grosse comme une orange.

J'ai fait, il y a huit jours, la cholécystostomie ; j'ai pu, une fois la vésicule découverte par la laparotomie latérale, retirer de la vésicule 150 grammes de liquide mucolémétique ; puis la vésicule fixée, le calcul ayant été déplacé et ramené de la face inférieure du foie jusque dans la vésicule, celle-ci fut ensuite réséquée.

Voici le calcul retiré, très volumineux comme vous le voyez. La malade, opérée il y a huit jours, présente, actuellement encore, de l'écoulement de la bile ; la perméabilité des voies biliaires m'avait été indiquée très nettement par la réduction possible de la tumeur vésiculaire, dès que j'eus déplacé le gros calcul qui bouchait le canal cystique.

Il y avait, outre le gros calcul, deux petits calculs que j'ai pu retirer avec une pince.

Discussion.

M. Terrier. — Comment était la bile de la vésicule ?

M. Schwartz. — Le liquide était muqueux, opaque ; je n'ai pas fait l'examen bactériologique.

M. Terrier. — Il résulte des recherches de M. Mignot, que dans les conditions actuelles, il est probable que le liquide est infecté. Si on lie le canal cystique aseptiquement, il se produit de l'atrophie des voies biliaires ; s'il y a un peu d'infection, la vésicule se dilate.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Quénu.

Séance du 7 octobre 1896.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques des mois d'août et de septembre.

Le Président annonce la mort de M. Nicaise, ancien président de la Société.

La séance est levée en signe de deuil.

Le Secrétaire annuel,

Quénu.

Séance du 14 octobre 1896.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Terrier, président du Congrès de chirurgie, qui invite les membres de la Société de chirurgie à assister au Congrès dont les séances se tiendront du 19 au 24 octobre. La Société de chirurgie décide qu'elle accepte cette invitation et que, à cet effet, il n'y aura pas séance la semaine prochaine ;

3° M. Pozzi offre à la Société un exemplaire de la 3e édition de son *Traité de gynécologie*.

M. Delens lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Nicaise, au nom de la Société de chirurgie.

A propos du procès-verbal.

M. Félizet. — Il s'agit d'une question de priorité.

Dans la séance du 17 mai 1893, j'ai eu l'honneur de vous présenter un procédé nouveau de tarsectomie postérieure. L'exécution m'en avait paru facile ; les résultats observés et suivis sur une demi-douzaine de malades étaient en vérité très satisfaisants.

Je l'ai, depuis cette époque, mis en pratique plus de vingt fois, et je me crois autorisé à le considérer comme un procédé de choix pour l'attaque des lésions graves du tarse, du tibia et du péroné.

La manœuvre consiste en une incision médiane qui, d'emblée, divise en deux le tendon d'Achille et le calcaneum, jusqu'à la rencontre des vaisseaux et des nerfs plantaires, les deux segments du

calcaneum écartés mettent à nu l'astragale, puis le scaphoïde et le cuboïde.

Dans cette large brèche, comparable jusqu'à un certain point à l'incision médiane de Park, pour la résection du coude, il est aisé de voir et d'agir, sans sacrifier aucun organe utile.

Il n'est pas jusqu'au tendon du fléchisseur propre du gros orteil qui ne soit épargné, dégagé de sa gouttière astragalienne, récliné et maintenu avec le fragment interne du tarse divisé dans sa longueur. L'évidement et l'ablation du calcaneum, de l'astragale, du scaphoïde et du cuboïde, en un mot le déblayage le plus complet de toutes les parties malades ou nécrosées, tout cela se fait avec une facilité curieuse, dans toute la sécurité des interventions à ciel ouvert.

Il y a plus : par cette large baie, il est aisé de traiter la malléole externe, la surface articulaire du tibia, d'ouvrir le canal médullaire, de le vider et d'y porter le flambage aussi haut que le mal existe.

Ce que j'ai vu depuis ma communication de 1893 m'a fait voir que l'opération est, on peut dire, radicale.

Les résultats fonctionnels sont excellents. Le pied garde, avec sa solidité, une mobilité avantageuse sur la jambe, les muscles péroniers, jambiers et les fléchisseurs n'ayant pas été touchés, l'axe de l'appui plantaire est correct et les mouvements des orteils sont complets.

La cicatrice est bonne et bien placée.

Le pied est simplement raccourci.

Je vous ai décrit ce procédé avec une minutie que je ne regrette pas aujourd'hui.

La description en a été insérée, de la page 353 à la page 358, dans le volume XIX du *Bulletin de la Société de chirurgie* de 1893.

Or, le Dr Landerer, chirurgien chef de l'hôpital Charles Olga, de Stuttgard, vient de publier un procédé de tarsectomie postérieure qui n'est que la copie de celui que j'ai imaginé en 1890 et que je vous ai fait connaître trois ans plus tard.

Une traduction analytique, insérée dans la *Semaine Médicale* du 16 septembre 1896, nous montre une identité singulière, dans les détails et dans le fond, entre le procédé du chirurgien wurtembergeois et celui dont vos comptes rendus contiennent la description détaillée.

Les appréciations et les commentaires n'intéressent que M. Landerer, auquel j'ai écrit comme il convient, et moi, ici, mon devoir est, en vous signalant ces faits, de réclamer contre le chirurgien de Stuttgard une priorité qui appartient à un de vos collègues.

Discussion sur le traitement des rétrécissements du rectum par la dilatation.

M. Paul Berger. — Je suis heureux de voir M. Reclus se faire le défenseur du traitement des rétrécissements du rectum par la dilatation simple ou combinée avec les petites incisions intra-rectales multiples de Gosselin. Après les succès obtenus et relatés par ce maître dans son Mémoire paru dans les *Archives générales de médecine*, en 1865, avec la rigueur d'observation qu'il apportait à toutes ses recherches, on ne peut s'expliquer l'abandon où l'on a laissé ce mode de traitement que par sa simplicité même.

La dilatation est, en effet, un moyen de traitement aussi simple qu'efficace ; elle devrait précéder dans le plus grand nombre des cas toutes les tentatives opératoires, auxquelles on ne devrait recourir qu'après avoir constaté son impuissance. Mais il faut savoir la pratiquer, et, si l'on a tant parlé de ses insuccès et de ses accidents, cela tient, j'en suis convaincu, à ce qu'elle a été trop souvent confiée à des mains inexpérimentées, malhabiles, et conduite avec trop de force et de précipitation. Il m'est arrivé très souvent, et tout récemment encore, de pousser jusqu'au n° 25 de la série d'Hegar, c'est-à-dire jusqu'au maximum de ce que l'on peut obtenir, la dilatation d'un rétrécissement qu'on affirmait ne pouvoir admettre le n° 19 et qui, au début, laissait à peine passer le n° 15.

On ne saurait trop insister sur la patience et la douceur qu'il faut mettre à ce traitement, laissant, entre les séances de dilatation, l'intervalle nécessaire pour calmer l'irritation produite par la séance précédente, un jour au moins, deux ou trois jours quand la dilatation provoque des douleurs assez vives.

Inutile de dire qu'on ne doit jamais chercher (sauf tout à fait au début) à franchir plus d'un numéro dans une séance ; que quand une bougie a éprouvé quelque difficulté à passer, on doit, les fois suivantes, se borner à l'introduire jusqu'à ce qu'elle soit bien supportée. Est-il besoin de rappeler qu'une certaine habitude chirurgicale est nécessaire pour savoir bien introduire l'extrémité de la bougie dans la lumière du rétrécissement et surtout pour savoir dans quelle direction et suivant quel axe il faut pousser celle-ci ? Par-dessus tout, on se rappellera qu'il ne faut jamais *forcer sur l'obstacle ;* quand on éprouve une résistance, voici comment on doit agir :

On pousse le dilatateur avec lenteur et prudence, de telle sorte qu'il refoule devant lui le rétrécissement et le soulève de bas en haut, jusqu'à ce que l'on sente que le rectum ne cède plus et que l'obstacle est absolu. On cesse alors de chercher à pousser plus

loin la bougie, on se borne à la maintenir en place, sans augmenter la force qui a été nécessaire pour l'y amener. Il est très rare qu'en maintenant ainsi la pression, on ne sente pas, au bout de quelques secondes, d'une demi-minute, d'une minute au plus, que la résistance diminue, que la bougie pénètre lentement et qu'elle franchit l'obstacle sans donner lieu à aucun ressaut. Cette pénétration est le plus souvent annoncée par une douleur spéciale qu'accuse le malade au moment précis où le rectum va se relâcher.

Ce mode de pénétration de la bougie, ce relâchement manifeste de l'obstacle sollicité par une pression constante, me paraît prouver l'existence de ce spasme dont M. Reynier parlait dans la dernière séance et que n'admet pas M. Quénu. Je crois, pour ma part, qu'un élément spasmodique s'ajoute à l'obstacle matériel qui constitue la diminution du calibre et de l'extensibilité du rectum. Comment expliquer autrement que certains jours un rétrécissement qui admettait un numéro donné de la filière se refuse à le laisser passer, ou cet autre fait que j'ai bien souvent observé : dans une séance de dilatation, vous introduisez sans difficulté les n[os] 19 et 20, par exemple ; vous présentez le n° 21 ; le rétrécissement se refuse à l'admettre ; si alors vous tentez de revenir au n° 20, qui passait tout à l'heure, il vous est impossible de le faire pénétrer. C'est, je le crois, cet élément spasmodique qui fait le plus souvent obstacle à la dilatation, lorsqu'il est exaspéré par des tentatives intempestives ou maladroites et surtout par des tâtonnements.

Dans ma pratique, la dilatation est restée le traitement fondamental des rétrécissements du rectum ; je n'y ai même pas associé les incisions multiples, dans la crainte d'ouvrir la porte à une infection produite par les matières ichoreuses dont l'écoulement produit ce suintement sanieux et fétide qui accompagne toujours l'existence d'un rétrécissement rectal. Dans la grande majorité des cas, j'ai pu obtenir la restitution d'un calibre au moins suffisant pour laisser passer librement les garde-robes, pour admettre l'index sans difficulté et pour permettre les lavages et les instillations intra-rectales. Celles-ci sont le complément nécessaire du traitement par la dilatation ; Gosselin l'avait déjà très nettement établi. La rectite et les ulcérations qui en dépendent, le suintement ichoreux dont le rectum est le siège au-dessus de l'obstacle, sont les éléments auxquels se mesure la gravité de l'affection ; sur eux, la dilatation par elle-même n'a pas d'effet, et c'est à un traitement consécutif spécial qu'il faut s'adresser pour les améliorer, lorsque l'emploi des bougies a suffisamment rétabli la perméabilité du rectum.

Ce traitement doit consister dans de grands lavages faits avec une sonde molle, assez profondément introduite.

Ces lavages peuvent être faits avec une solution boriquée ou plus simplement avec de l'eau bouillie. Il faut y ajouter des instillations avec une solution faible de nitrate d'argent. Peut-être pourrait-on avoir recours avec quelque avantage au drainage permanent du rectum préconisé, dans ces derniers temps, par Edw. Werckmeister [1] et consistant dans l'introduction par l'anus d'un gros tube en caoutchouc dont l'extrémité est conduite jusqu'au-dessus du rétrécissement, et qu'on laisse à demeure.

Je n'ai cependant pas eu que des succès par la dilatation, et si je n'ai jamais vu survenir d'accidents très graves à la suite de son emploi, je l'ai vu échouer dans un certain nombre de cas ; dans d'autres, je n'y ai même pas voulu recourir ; il y a des cas défavorables et des contre-indications à la dilatation ; ce sont :

1° Les cas où la dilatation cause des accidents. Les petits accès fébriles, les élévations passagères de la température qui se produisent parfois à la suite des séances de dilatation doivent être pris en sérieuse considération, surtout quand ils s'accompagnent de douleur ou de sensibilité abdominale prononcée ; ils n'obligent néanmoins pas à renoncer à la dilatation, à moins qu'ils ne s'accusent et ne deviennent plus fréquents à mesure que le nombre des séances s'accroît. Il en est autrement des grands accès fébriles avec frisson intense, élévation notable de la température, suivis de tendance au collapsus et accompagnés parfois de ballonnement du ventre, de vomissements et d'un état qui rappelle le péritonisme. J'ai dû, dans un cas dont je parlerai tout à l'heure, renoncer à la dilatation à cause d'accidents de cette espèce qui m'avaient donné des craintes véritables.

2° Les cas où l'état général du sujet est assez grave pour réclamer une solution immédiate : l'infection aiguë ou chronique déterminée par les lésions sus-stricturales, la dépression extrême produite par l'insuffisance de l'alimentation et par les souffrances, peuvent être arrivées à un tel degré, que l'on ait des craintes pour la vie. En pareille circonstance, la dilatation ne peut produire assez rapidement ses effets, et les complications auxquelles elle expose alors plus que jamais pourraient avoir une influence désastreuse ; il faut, sans s'arrêter à des tentatives de dilatation, recourir aussitôt à la côlotomie ou à la rectotomie linéaire, seuls moyens capables de couper court aux accidents. Une malade que j'ai opérée à toute extrémité, alors qu'elle paraissait devoir succomber très rapidement aux accidents infectieux les plus redoutables, fut aussitôt mise hors de danger par une rectotomie conduite jusqu'aux limites supérieures

[1] Edw. Werckmeister, *Arch. fur Klinische Chirurgie*, t. LII, 2e Heft, p. 306 ; 1896.

du rétrécissement, à plus de 13 centimètres de l'anus. Elle n'a pas cessé depuis lors (près de 9 ans) de jouir d'une santé très suffisante, quoique le suintement purulent provenant du rectum ait continué à se faire et qu'elle doive entretenir le calibre de son rectum par l'introduction fréquente de bougies. Elle retient les matières solides et demi-solides, mais ne peut s'opposer à la sortie des gaz ni des matières liquides quand elle a la diarrhée.

3° Il est des cas où la dilatation s'obtient avec plus ou moins de difficultés, mais où les troubles fonctionnels, épreintes et ténesme, coliques, diarrhées, douleurs excessives pendant et après les garde-robes, et surtout l'abondance du suintement ichoreux fourni par les ulcérations rectales, ne s'amendent nullement; malgré l'amélioration physique locale, l'état fonctionnel et général continue à s'aggraver et il devient nécessaire de recourir à d'autres mesures. J'ai soigné pendant plusieurs mois un homme d'une trentaine d'années, atteint d'un rétrécissement syphilitique étroit mais peu élevé et très dilatable, qui ne retira aucun bénéfice appréciable de la dilatation de son rétrécissement; le suintement ichoreux et les épreintes paraissaient plutôt avoir augmenté. Je lui proposai une rectotomie qui ne fut pas acceptée; je l'ai depuis lors perdu de vue.

4° Enfin la hauteur à laquelle se prolonge le rétrécissement est parfois un obstacle absolu au succès de la dilatation. Ces faits étaient peu connus autrefois; Gosselin avait admis que le rétrécissement, dit syphilitique, ne s'élevait pas à plus de 7 ou 8 centimètres de l'anus; c'est en effet ce que l'on observe dans le plus grand nombre des cas. Mais il en est d'autres où la rectite sténosante amène la propagation graduelle du processus pathologique et du rétrécissement vers les parties supérieures du rectum. MM. Quénu et Hartmann, dans leur livre [1], rapportent des faits de cet ordre.

Herczel a observé un rétrécissement commençant à $4^{cm},5$ de l'anus et se prolongeant jusqu'à 14 centimètres de cet orifice [2]; Schede, sur 16 opérations d'extirpation du rectum pour rétrécissement, a dû, dans 3 cas, enlever 10, 12 et même 20 centimètres de cet intestin [3]. Je viens de rapporter un fait dans lequel le rétrécissement remontait à 13 centimètres de l'anus et que j'ai traité par la rectotomie; voici encore la relation sommaire d'une observation plus extraordinaire :

Je fus appelé en 1888, par mon collègue et ami le Dr Herbert, auprès d'une dame qui avait un rétrécissement du rectum étroit et

[1] Quénu et Hartmann, *Chirurgie du rectum*, t. I, p. 254; 1895.
[2] E. Herczel, *Wiener med. Wochenschr.*, 1892, n° 27.
[3] Schede (de Hambourg), *Congrès des chirurgiens allemands*, 1895.

bas placé (6 à 7 centimètres de l'anus) avec beaucoup de désordres fonctionnels. Quand ce rétrécissement eut été dilaté, il devint manifeste qu'il en existait un autre au-dessus, commençant à 9 centimètres de l'anus environ, et se prolongeant un peu plus haut; je pus encore arriver à le dilater suffisamment. Mais cet acte terminé, il devint évident que la partie supérieure du rectum était, elle aussi, contractée et je pus fixer à 20 centimètres de l'anus environ le niveau de ce rétrécissement qui était très étroit. La dilatation entreprise avec de longues bougies uréthrales, en commençant par le n° 25 de la filière Charrière, fut poussée avec peine jusqu'au 29, mais à ce moment éclatèrent des accidents si redoutables (frissons violents, suivis de péritonisme et de collapsus) que je dus renoncer à aller plus loin. Nous proposâmes de faire la côlotomie iliaque que Verneuil, appelé en consultation, jugea aussi nécessaire; mais la malade se refusa à la subir. Améliorée par la dilatation de ses rétrécissements inférieurs, elle voulut attendre encore et, chose étrange, huit ans se sont passés depuis sans qu'elle ait fait aucun nouveau traitement, et elle se trouve toujours dans le même état, sans aggravation des troubles qu'elle éprouve, sans difficulté plus notable dans l'évacuation des matières intestinales.

Il est certain que dans ces cas de rétrécissements très élevés ou de rétrécissements avec envahissement progressivement ascendant des parties supérieures du rectum, la dilatation ne doit pas être sentie.

Dans tous ces cas d'exclusion, ce n'est qu'à une opération chirurgicale que l'on peut avoir recours. Quelle doit-elle être? On a le choix entre la côlotomie iliaque, la rectotomie linéaire ou l'extirpation du rétrécissement et ce serait trop étendre les limites de cette discussion que de vouloir en faire le parallèle. Je ne puis cependant cacher la préférence que j'ai pour la rectotomie linéaire, opération rapide, simple, facile à exécuter, tout à fait inoffensive et qui, au premier coup, fait disparaître les dangers et les souffrances. On a objecté que ce n'était qu'une opération palliative et dont les résultats sont toujours précaires; mais MM. Quénu et Hartmann eux-mêmes, tout partisans qu'ils sont de l'extirpation, ont dû avouer que celle-ci n'était que le meilleur des palliatifs et qu'elle n'était pas applicable à tous les rétrécissements. Des deux éléments qui entrent en ligne de compte dans la pathologie des rétrécissements, sténose et rectite, elle ne supprime que le premier à tel point que 48 malades traités et guéris par l'extirpation du rétrécissement, dont la statistique de ces auteurs fait mention, avaient tous conservé un suintement assez abondant pour être obligés de se garnir. L'extirpation met-elle plus que la rectotomie à l'abri des rétrécissements consécutifs? je ne le pense pas; MM. Hartmann et Quénu

admettent la fréquence de ces récidives à la suite de l'extirpation. Je n'ai fait que 2 fois l'extirpation de rétrécissements du rectum; dans les deux cas, j'ai eu un rétrécissement de retour, moins serré que le premier, mais cependant très appréciable. MM. Quénu et Hartmann disent que les opérés mêmes, qui ont des garde-robes normales et ne souffrent nullement, ont une muqueuse sèche, épaissie et formant un cylindre plus rigide et plus étroit qu'un rectum normal; cela ne suffit-il pas pour caractériser un certain degré de ce qu'on appelle le rétrécissement du rectum.

Schede, dans sa communication au Congrès des chirurgiens allemands en 1895, ne parle pas de récidives, mais j'ai eu l'occasion de voir et de soigner un étranger sur lequel ce chirurgien avait pratiqué une voie sacrée, l'extirpation d'un petit épithélioma du rectum; le malade était exempt de récidive, et le chirurgien qui le croyait guéri conseillait de fermer l'anus iliaque qu'il avait préalablement établi. Or, en l'examinant, je trouvai qu'il s'était produit, au niveau du siège de l'opération, à 5 centimètres au-dessus de l'anus environ, un rétrécissement cicatriciel épais et très étroit qui n'admettait pas une sonde uréthrale du calibre 17. Qui nous prouve que des faits du même ordre n'ont pas passé inaperçus du chirurgien et ne sont pas, par erreur, comptés comme des succès complets? On me répondra qu'à la suite de la rectotomie, l'orifice intestinal peut aussi se rétrécir, mais on conviendra qu'il est beaucoup plus facile de s'opposer à ce travail en introduisant de temps en temps des bougies rectales dans l'orifice anal pour en maintenir le calibre.

Reste la grande objection que l'on peut faire de la rectotomie, celle de l'incontinence des matières liquides et des gaz; elle est d'une grande portée; malheureusement pour les opérés, l'extirpation du rétrécissement ne met pas toujours, tant s'en faut, à l'abri de semblables inconvénients : sur 18 cas de cet ordre, cités par MM. Quénu et Hartmann, 8 avaient de l'incontinence des matières liquides et des gaz, ce qui n'empêchait pas 6 d'entre eux d'avoir une récidive du rétrécissement; des 16 opérés de Schede, 5 ou 6 seulement n'avaient pas d'incontinence. Il est certain que cet inconvénient est plus commun et le plus souvent plus marqué, je le pense, à la suite de la rectotomie qu'après l'extirpation; mais ce n'est, somme toute, qu'une affaire de degré. Seule, la déformation plus ou moins prononcée qui résulte de l'incision du rectum, et de la transformation de l'orifice anal en une fente ogivale ou en une gouttière ouverte en arrière, est bien le propre de la rectotomie linéaire.

Ces objections que l'on fait à la rectotomie compensent-elles la différence de gravité des deux opérations? Je ne le pense pas; la

rectotomie a décidément pour elle le bénéfice de la rapidité de l'effet obtenu et de l'innocuité.

Schede lui-même, qui n'a perdu aucun de ses opérés d'extirpation pour rétrécissement par le fait de l'opération, avance que celle-ci est difficile, complexe, qu'elle est grave dans bien des cas et qu'on ne peut toujours être sûr de la mener à bien. Ajoutons qu'elle nécessite la côlotomie préalable; je me range à cet égard à l'avis de M. Terrier, quoique Schede professe que l'on peut se dispenser de cette opération préliminaire. Or, si l'établissement d'un anus iliaque est un acte opératoire exempt de dangers, il n'en est pas absolument de même pour l'opération nécessaire pour fermer cet orifice, après guérison de l'affection principale. L'extirpation d'un rétrécissement du rectum, malgré tous les perfectionnements de la technique opératoire, reste une entreprise délicate, d'une exécution parfois difficile et beaucoup plus sérieuse que l'incision postérieure du rectum, conduite jusqu'aux limites du rétrécissement.

Je ne veux nullement soutenir que l'extirpation n'ait pas ses indications; qu'elle ne puisse donner dans des cas déterminés un résultat bien plus parfait que celui que l'on obtient par la rectotomie, mais je crois que ces cas ne doivent pas être la règle, surtout si l'on étend les indications de la dilatation et si l'on réserve l'intervention opérative proprement dite pour les cas les plus graves, les plus pressants et les plus complexes.

C'est ainsi que la dilatation des rétrécissements de l'anus, qui avait été presque abandonnée dans la discussion qui s'était élevée sur ce sujet, à la Société de Chirurgie, en 1891, en revenant en honneur doit faire envisager sous un jour nouveau la question des opérations que réclament les rétrécissements auxquels elle n'est pas applicable.

D'ailleurs, un certain mouvement dans ce sens paraît s'être produit même à l'étranger; ainsi, dans la *Freie Vereinigung*, des chirurgiens de Berlin, en 1894, nous voyons Lindner, Hahn, Israel, Körtre, se montrer peu favorables à l'extirpation. D'autre part, la communication de Schede, au Congrès des chirurgiens allemands, l'année dernière, réagit énergiquement contre cette tendance. Espérons que l'attention de la Société, désormais fixée sur ce sujet, saura déterminer avec précision la part qui doit revenir à chaque mode de traitement et à chaque opération dans la thérapeutique des rétrécissements du rectum et des processus qui en sont la cause ou qui les accompagnent.

M. Quénu. — M. Berger reconnaît que M. Hartmann et moi n'avons présenté l'extirpation du rectum que comme le meilleur

palliatif applicable à certains cas de rétrécissement du rectum. Je dis applicable à certains cas seulement, car nous n'avons jamais eu l'idée d'en faire une méthode générale. La condition essentielle pour réussir est d'avoir affaire à des rétrécissements limités, de peu d'étendue, sans cette extension de la rectite à toute la muqueuse rectale qui rend tout traitement si difficile. Même dans des conditions favorables, nous reconnaissons que le résultat est incomplet et temporaire : incomplet parce qu'il ne supprime pas d'une façon absolue tout écoulement ; temporaire, parce que, actuellement, nous n'avons pas rencontré de cas où l'extirpation n'ait pas été suivie, à plus ou moins brève échéance, de récidive.

Mais, en revanche, on doit reconnaître à l'opération certains avantages. Si elle ne supprime pas l'écoulement, elle le réduit à des proportions incomparablement plus minimes que toute autre thérapeutique et, en particulier, que la rectotomie externe : il suffit aux malades de se garnir une fois par jour et, dans ces conditions, nous n'avons pas observé chez eux ces érythèmes de la fesse et du périnée, ces suppurations persistantes que nous avons vues chez des dilatés ou des rectotomisés. Le rétrécissement récidive, c'est exact, mais chez notre malade dont l'observation a été lue ici-même il y a six ans et qui a été opéré en 1888, la coarctation n'est devenue gênante et n'a nécessité un traitement que cette année, depuis deux ou trois mois ; pendant tout cet intervalle de plus de huit ans, la défécation s'est accomplie facilement et sans que la malade ait eu à souffrir d'une incontinence.

Le rétrécissement que j'observe aujourd'hui n'est nullement comparable à celui que j'avais opéré, lequel était dur, serré et avait occasionné un abcès et une fistule.

En dehors de ces cas spéciaux, j'accepte que l'extirpation n'est pas de mise et je suis loin de refuser à la dilatation ses indications surtout si on l'allie à une thérapeutique locale qui s'adresse à l'élément rectite, comme l'a fait du reste M. Reclus.

La dilatation trouve encore son indication chez des opérés qui ont une récidive.

Personne n'a encore trouvé de moyen radical contre le rétrécissement syphlitique du rectum ; il faut donc nous montrer éclectiques, ne pas reprocher à une méthode de ne pas donner de guérison radicale, lui demander seulement un soulagement des malades, une atténuation à leur infirmité.

A ce point de vue, je ne rejetterais même pas la rectotomie, surtout en la complétant par une petite opération autoplastique, en suturant l'angle supérieur muqueux du losange tracé par l'incision à l'angle inférieur cutané. J'ai essayé une fois ce procédé, qui appartient à Péan et je m'en suis bien trouvé.

En général, dans les cas de rectites étendues, avec suppuration abondante, non-limitation du rétrécissement, saignements et douleurs, je préfère à la rectotomie la colostomie. J'y ai eu recours deux fois: une première, chez une malade dont l'opération remonte à plus de trois ans et qui se trouve actuellement dans un état tellement satisfaisant qu'elle ne veut pas entendre parler de la fermeture de son anus iliaque. Une deuxième fois, j'ai pratiqué la colostomie pour un rétrécissement typhlitique du rectum chez une malade qui se trouve encore dans mon service. L'amélioration a été aussi très grande, moins parfaite cependant que chez la première, des saignements ayant de temps en temps continué à reparaître.

Voici, du reste, un résumé de l'observation très instructive de cette malade, instructive au point de vue de l'évolution des lésions qui ont été observées à leur apparition, instructive aussi parce qu'au point de vue du traitement, cela nous montre combien nous devons être réservés dans l'appréciation des moyens thérapeutiques qui s'adressent à une lésion aussi tenace et aussi désespérante :

H. D... était entrée dans mon service au mois d'août 1893 pour des lésions annexuelles ; elle ne se plaignait en rien du rectum ou de l'anus. M. Sébileau, qui me remplaçait, pratiqua l'hystérectomie vaginale, mais ne put enlever les annexes que d'un côté.

La malade partit de l'hôpital souffrant encore du ventre et rentra dans mon service fin janvier 1894. Le 6 février, je réussis, par laparatomie, à compléter l'extirpation annexuelle. Trois semaines après, la malade accusa pour la première fois quelques sensations douloureuses après avoir été à la garde-robe. Soupçonnant une fissure de constipation due à la morphine, j'examinai l'anus et constatai, en effet, l'existence d'une petite fissure encapuchonnée d'un petit bourrelet de peau hypertrophiée. La malade niait tout accident syphilitique antérieur.

La dilatation calma les douleurs, mais peu à peu j'assistai à la naissance d'une rectite avec sécrétion de mucosités locales, transformation rugueuse de la muqueuse anale, etc. Après cinq ou six mois, malgré un traitement antisyphilitique immédiatement institué (iodure de potassium et frictions mercurielles, puis sirop de Gibert), malgré un traitement local consistant en irrigations d'eau naphtolée et d'eau boriquée, il commença à se produire un rétrécissement du rectum à trois ou quatre centimètres de l'anus.

Le 24 novembre, sous le chloroforme, après dilatation, j'excisai la muqueuse malade et rétrécie et suturai à la peau, la muqueuse paraissant saine, une amélioration de quelques mois probablement.

En avril 1895, il survint un iritis double que guérit le traitement spécifique alors repris.

En février 1896, le rétrécissement avait reparu, l'écoulement mucopurulent était de plus en plus abondant, les souffrances considérables, la température élevée le soir. Je proposai un anus iliaque, qui fut accepté.

Depuis, l'état général s'est amélioré, bien que de temps en temps il reparaisse de la fièvre le soir et un peu de sang dans les selles ; mais les douleurs ont disparu et la suppuration est à peu près nulle.

Je dois ajouter qu'avant l'établissement de l'anus iliaque et depuis j'ai usé d'une foule d'antiseptiques en irrigations, permanganate de potasse, de chaux, etc., sans grand succès, ainsi que des simples lavages à l'eau bouillie.

M. Paul Reynier. — Je partage la même manière de voir que M. Berger, sur la thérapeutique des rétrécissements syphilitiques du rectum.

Si je prends la parole, c'est pour rapprocher, de l'observation très intéressante et si complète que vient de nous rapporter M. Quénu, deux observations identiques de Gosselin, observations que tous ses élèves connaissent et qui justifiaient les idées qu'il avait émises sur la pathogénie des rétrécissements syphilitiques du rectum.

Chez ces deux malades, Gosselin avait constaté à leur entrée à Lourcine, où il avait alors son service, un chancre anal.

Il vit évoluer sous ses yeux les chancres ; puis, malgré le traitement institué dès le début, une rectite survint, caractérisée par l'écoulement de pus et par l'aspect inflammatoire de la muqueuse rectale.

Quelques mois après, les malades n'ayant pas quitté le service, il constatait le début d'un rétrécissement contre lequel il essaya de suite la dilatation.

Une de ses malades fut suivie par lui pendant de longues années, et tous les élèves de Gosselin l'ont connue.

Malgré le traitement spécifique institué dès le début, malgré le traitement local, par lequel on avait essayé de lutter contre le rétrécissement, dès qu'il avait apparu, le rétrécissement avait continué à se produire et à resserrer la lumière de l'intestin. A plusieurs reprises, la malade venait faire des séjours dans les différents hôpitaux où Gosselin exerçait, et venait subir des séances de dilatation. Elle finissait par mourir à la Charité, tuberculeuse, en 1878.

Dans ces observations comme dans celles de M. Quénu, on a vu succéder aux accidents primitifs le rétrécissement et évoluer celui-ci malgré le traitement antispécifique institué dès le début.

Devant de pareils faits, la théorie du syphilome, émise par M. Fournier, et qui avait eu un certain nombre de partisans, ne peut être soutenue.

La seule pathogénie acceptable est celle que Gosselin a défendue, faisant partager ses convictions à tous ses élèves.

Le rétrécissement syphilitique du rectum n'est point un accident constitutionnel, mais une lésion de voisinage due à une rectite développée au voisinage des accidents anaux primitifs, indices de l'infection de la région.

M. Schwartz. — J'ai pu revoir pendant ces vacances un malade que j'ai opéré il y a douze ans. C'était une femme atteinte de rétrécissement syphilitique très allongé, cylindrique pour lequel j'ai fait la rectotomie linéaire postérieure. J'ai continué le résultat obtenu par la dilatation; cette femme se dilate depuis douze ans tous les mois et le résultat se maintient d'une façon très convenable jusqu'à ce jour.

La dilatation n'est pas douloureuse et il n'est pas besoin d'employer la cocaïne.

M. Reclus. — La très modeste communication que j'ai faite disparait devant l'importance des documents qui viennent d'être apportés. C'est parce quej'avais vu les difficultés de la dilatation et les douleurs qu'elle provoque, que cette dilatation avait été un peu délaissée : je voulais simplement dire que, chez deux malades, je suis arrivé à un résultat remarquable grâce à la cocaïne. Après avoir vu employer la dilatation dans les services de Trélat, Broca et Verneuil, je n'avais jamais observé de résultats aussi rapides. Un de mes malades a été revu le 31 août; il me disait se contenter de passer trois fois par semaine le numéro 25 de la filière Hégar, et que les résultats s'étaient maintenus.

Présentation d'instruments.

Canule destinée à faire des irrigations chaudes de la région prostatique.

M. Routier. — Très partisan de l'emploi de l'eau chaude contre les accidents dus à la congestion et à l'hypertrophie prostatique, j'ai d'abord fait usage de lavements chauds simples; mais, frappé des inconvénients inhérents à cette pratique qui nécessite un, deux, trois lavements qu'il faut rendre et qui fatiguent les malades

déjà débilités, j'ai fait construire par M. Gentile une canule à double courant, munie d'un manchon de caoutchouc dilatable et capable de se mouler sur la prostate ; de cette façon on peut, sans que l'eau pénètre dans le rectum, faire passer deux litres d'eau chaude sans fatigue. Voici du reste la figure :



La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
QUÉNU.

Séance du 28 octobre 1896.

Présidence de M. CH. MONOD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un mémoire de M. Jules BŒCKEL, qui sera lu au cours de la séance ;

3° Un mémoire de M. DUBOURG (de Bordeaux), qui sera lu dans la prochaine séance ;

4° Un travail de M. Justin Lemaitre (de Liniop) : *Œsophagotomie externe chez les enfants*, travail renvoyé à une commission dont M. Broca est rapporteur.

Communications.

I. — *Procédé sacro-iliaque pour l'extirpation totale du rectum et de l'S iliaque dans les tumeurs cancéreuses*,

Par le Dr J. BŒCKEL (de Strasbourg),
membre correspondant de l'Académie de médecine.

Ayant eu à pratiquer, il y a quelque temps, l'extirpation d'une tumeur cancéreuse du rectum, remontant très haut, j'eus la preuve que l'opération de Kraske, excellente dans certains cas, était insuffisante dans le mien.

L'intestin qui était le siège de la tumeur ne pouvait, en effet, être suffisamment abaissé pour être réséqué, fixé qu'il était dans sa partie supérieure par son anse. Quant au débridement de ce dernier, il n'y fallait pas songer dans ces conditions, sous peine de s'exposer à une hémorrhagie qui, vu le siège élevé du néoplasme et le peu d'espace libre, risquait de ne pouvoir être arrêtée.

Que faire alors? Laisser l'opération inachevée, réséquer au besoin l'intestin le plus haut possible et faire un anus sacré en plein tissu malade, ou bien refermer purement et simplement la plaie sacrée et pratiquer un anus iliaque?

Ni l'une ni l'autre de ces solutions ne pouvait me satisfaire.

Ainsi qu'on va le voir, je tournai la difficulté en m'adressant à la fois à la voie sacrée et à la voie abdominale.

J'eus le bonheur de mener cette opération à bonne fin et de guérir ma malade, après lui avoir enlevé la totalité du rectum et une portion de l'S iliaque, sur une hauteur de 25 centimètres.

Voici son observation :

Mme F..., religieuse de la Congrégation de Saint-Vincent-de-Paul, 39 ans, m'est présentée le 7 août dernier pour la première fois.

Elle souffre depuis plus d'un an de constipation opiniâtre ; par moments elle a une débâcle de selles liquides glaireuses et sanguinolentes.

Depuis le mois de février, elle a dû renoncer à faire son service d'hôpital. Elle est alitée depuis le mois de mars. Il y a six semaines, une forte hémorrhagie rectale se déclara.

Actuellement, elle souffre de douleurs lancinantes dans le bas-ventre, a complètement perdu l'appétit et se trouve dans un état cachectique avancé.

Le toucher rectal décèle, à 10 centimètres au-dessus du spincter anal,

l'existence d'une tumeur en choux-fleur, saignant au moindre contact, Elle est annulaire et présente à sa partie centrale un cratère qui se laisse à peine franchir. Il est inutile de dire qu'il est impossible, dans ces conditions, de délimiter la tumeur à sa partie supérieure. Il n'y a pas de ganglions inguinaux. Le ventre est modérément distendu, mais les gaz passent assez facilement par l'anus.

La malade, qui se rend compte de sa situation, demande instamment à être opérée le plus tôt possible.

J'accède à sa demande et, devant m'absenter le surlendemain pour quelques semaines, procède à l'opération dans l'après-midi de ce même jour.

MM. Régnier et Kalt et la sœur du service m'assistent.

Le rectum, débarrassé de son contenu autant que faire se peut et bien désinfecté, je couche la malade sur le ventre, après avoir placé sous elle un coussin, de façon à faire saillir la région lombaire.

Je commence par faire le kraske.

Dans ce but, je trace sur la ligne médiane une incision, légèrement courbe à gauche, de 16 centimètres. Elle part à 3 centimètres au-dessus de l'anus et s'arrête au niveau du troisième trou sacré.

Résection du coccyx et de la lame médiane du sacrum sur une étendue de 7 centimètres de longueur sur 3 de largeur.

Le rectum mis à nu, je dégage ses faces latérales et antérieures. Passant alors l'index sous sa face antérieure, j'achève de le libérer sur une hauteur de 4 à 5 centimètres.

Cela fait, je sectionne l'intestin entre deux pinces courbes de Richelot, à 4 centimètres environ de l'anus.

Attirant alors au dehors le bout supérieur du rectum, je parviens à le dégager jusqu'au niveau de la tumeur, sur une hauteur de 10 centimètres. La tumeur remonte beaucoup plus haut; aussi n'est-il pas possible de l'extirper encore.

Je poursuis la dissection à l'aide de ciseaux mousses et ne tarde pas à ouvrir le péritoine. Dès lors, j'arrive à attirer un bout d'intestin de 7 centimètres, et atteins la limite supérieure de la tumeur, qui se dérobe sous le promontoire. Son extraction toutefois est impossible.

Ne voulant pas laisser l'opération inachevée, je me décide, séance tenante, à la libérer par l'abdomen, quitte à l'extraire ensuite par la voie sacrée.

Voici comment je procédai :

Je commence par faire un anus illiaque. Une incision de 6 centimètres, parallèle au ligament de Fallope, me conduit presque immédiatement sur le colon descendant. Je l'attire sous la plaie, puis perfore le mésentère en deux points, distants de 5 centimètres et passe par ces brèches une bandelette de gaze iodoformée qui me sert à lier l'intestin, que je sectionne entre ces deux ligatures. Je divise le mésentère sur une hauteur de 7 centimètres, liant les artères qui rampent dans son épaisseur avec du catgut.

Pour plus de précaution, je remplace la bandelette iodoformée du bout inférieur par un cordonnet de soie et l'abandonne provisoirement,

Je crée ensuite un anus artificiel en fixant le bout supérieur de l'intestin dans la plaie, à l'aide d'une suture séro-séreuse. Je ne défais pas la ligature, me proposant de ne la couper que le lendemain, pour laisser le temps aux adhérences de se former.

Recouchant alors la malade sur le ventre, je reprends le bout inférieur, libéré comme je viens de le dire, par la voie sacrée.

Quelques tractions me permettent de l'attirer au dehors; il ne tient plus qu'à un bout de mésentère qu'il est aisé de diviser maintenant. Le dernier coup de bistouri fait jaillir un flot de sang artériel. J'arrête l'hémorrhagie à l'aide de deux longuettes de Péan, que je laisse à demeure, ne pouvant lier les artères à cause de leur situation trop profonde.

J'extrais alors très facilement la totalité du rectum et une partie de l'S iliaque, sur une hauteur de 25 centimètres.

En même temps, j'amène une anse d'intestin grêle, sur laquelle est greffé un noyau carcinomateux de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Je résèque cet intestin sur une longueur de 9 centimètres et pratique l'entérorraphie circulaire, au moyen d'une double rangée de sutures, l'une muco-muqueuse, l'autre séro-séreuse.

Enfin, je termine l'opération, qui a duré une heure et demie, par la réunion de la plaie. A sa partie supérieure, je réunis le péritoine par un surjet au catgut; à sa partie inférieure, les feuillets de la séreuse, fortement endommagés, ne peuvent être rapprochés. Pour ne pas laisser béante cette vaste surface cruentée, je suture la matrice au périoste de la face interne du sacrum. La cavité péritonéale est, dès lors, bien close, sauf au niveau des pinces hémostatiques qui servent de drains. Suture de la peau au crin de Florence. Tampon d'iodoforme autour des pinces.

Comme je l'ai dit plus haut, la portion de l'intestin réséqué mesure 25 centimètres de longueur. La tumeur qui y est implantée sur une étendue de 10 centimètres occupe tout le calibre de l'intestin et se trouve située au point de jonction du rectum avec l'anse oméga. Elle est granulaire, dure et constituée par les éléments du carcenum cylindrique.

La malade, reportée dans son lit, est couchée sur le côté droit, à cause des pinces.

Elle est très faible et presque froide. Je lui fais administrer six injections d'éther.

A 9 heures du soir, elle se réchauffe et passe une nuit relativement calme.

Le 8 au soir, après quinze heures, j'enlève les pinces et ouvre l'anus artificiel.

Je le fixe à la peau au moyen de six sutures à la soie. L'opérée va aussi bien que possible ; son pouls s'est bien relevé. Elle n'a pas vomi, grâce aux inhalations de vinaigre que je lui ai fait faire, suivant mon habitude.

Les douleurs sont supportables.

La température est normale, 36°,7 et 36°,3 le soir.

Les suites de l'opération sont des plus favorables.

L'anus artificiel fonctionne bien à partir du troisième jour. La température reste absolument normale, comme l'atteste la courbe ci-jointe :

	Temp. matin.	Temp. soir.
9 août.	36° 7	36° 7
10 —	36,4	36,4
11 —	36,7	37,4
12 —	37,1	37,7
13 —	36,8	37,2
14 —	36,8	37,1
15 —	37	37,8
16 —	36,7	36,6
17 —	36,9	37
18 —	37	36,9
19 —	36,5	37,1
20 —	36,8	37
21 —	36,5	36,4 etc.

Le 8 septembre, état général très satisfaisant. Appétit excellent. La malade n'accuse plus de douleurs.

La miction est possible depuis deux jours.

La plaie granule bien, au niveau de la partie ovosuturée. Quant au reste, il y a eu réunion par intention.

Le 19 septembre, l'opérée se lève pour la première fois.

Le 21, elle assiste à la messe et va se promener dans les cours de l'hôpital.

Le 6 octobre, il n'y a plus qu'une surface tamponnante de la grandeur d'une pièce de 1 franc.

Je l'ai présentée quelques jours plus tard à MM. les professeurs Décès (de Reims) et A. Reverdin (de Genève), de passage en notre ville.

La sœur désirant retourner à son poste, je lui fais confectionner une ceinture à large pelote, pour obturer son anus qui n'a pas cessé un seul instant de fonctionner régulièrement.

C'est la première fois que cette méthode, imaginée tout récemment par M. Gaudier (de Lille), a été appliquée avec succès sur le vivant.

M. Chalot (de Montpellier), il est vrai, l'a employée le premier en mai 1895 (voir *Soc. de chir.*, 1896), et M. Gaudier a eu l'occasion, en novembre dernier, de l'exécuter également. Mais les opérés de ces deux chirurgiens ont succombé peu d'heures après l'intervention.

Le procédé que j'ai employé diffère de celui de ces auteurs par quelques points que je discuterai brièvement.

Le procédé très séduisant de M. Chalot consiste à faire tout d'abord un anus iliaque. Puis, par la même incision, on lie l'artère hémorrhoïdale supérieure près de son origine.

Cela fait, ce chirurgien libère le colon de son méso jusque dans le bassin. Pour extraire l'intestin, il choisit alors la voie périnéale, qui lui paraît très suffisante.

Au point de vue opératoire, M. Chalot a eu un succès ; il a pu mener son opération à bonne fin. Je me demande toutefois si la ligature de l'hémorrhoïdale supérieure est aussi facile à pratiquer qu'il le dit.

Son incision me semble avoir bien peu d'étendue pour permettre d'arriver à travers le paquet intestinal jusque sur cette artère qui est collée contre la colonne vertébrale, entre la 3e et la 4e vertèbre lombaire.

Elle me paraît insuffisante aussi pour libérer le colon aussi loin que l'a fait M. Chalot.

Le procédé de M. Gaudier, qui commence par une laparotomie médiane pour terminer par le périné, donne assurément beaucoup de jour. Mais il me semble plus dangereux par les manœuvres longues qu'il nécessite.

J'estime qu'il est préférable de procéder comme je l'ai fait et de combiner l'opération de la façon suivante :

1er temps. — Attaquer la tumeur par la voie sacrée d'après Kraske. Isoler le rectum aussi haut que possible. C'est ce qu'a, du reste, recommandé de faire M. Quénu dans le rapport qu'il a lu à la Société de chirurgie sur l'observation de M. Gaudier ;

2e temps. — Création d'un anus iliaque par section transversale du colon descendant ; puis section du mésentère pour libérer le bout inférieur du colon, qui est en réalité le bout supérieur de l'intestin réséqué ;

3e temps. — Extirpation de l'intestin ainsi libéré, par la voie sacrée précédemment tracée.

Le procédé que je préfère pourrait donc s'appeler *procédé sacro-iliaque*. Il aborde, en effet, la tumeur par la voie sacrée, poursuit sa libération par la voie iliaque, établissant du même coup un anus iliaque, et l'extirpe finalement par la voie sacrée.

Grâce à ce procédé, il sera facile d'extirper le rectum en totalité et avec lui une portion plus ou moins étendue de l'S iliaque.

Il trouvera donc son indication dans les cas de tumeurs trop haut situées pour être enlevées par la méthode de Kraske, et pourtant trop basses pour être justiciables de la laparotomie.

Discussion.

M. Quénu. — Je ne saurais trop insister sur l'importance de la communication de M. Bœckel, car son observation est la première d'extirpation abdominale du rectum terminée par la guérison.

Je me permets de rappeler que le premier j'ai plaidé la cause de l'anus iliaque définitif[1], dans la cure de certaines variétés de cancers rectaux, faisant observer que l'idéal serait évidemment de supprimer tout le bout inférieur. C'est cette dernière idée qu'ont repris successivement d'abord M. Gandier, dont j'ai été ici le rapporteur, puis M. Chalot. M. Bœckel a adopté la méthode que j'avais préconisée, à savoir la voie sacro-abdominale.

Je fais observer à M. Bœckel que c'est M. Gaudier et non M. Chalot qui, le premier, a non seulement conçu mais exécuté l'opération sur le vivant.

II. — *Les complications intracraniennes des otites*,

Par M. A. BROCA,
chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur agrégé de la Faculté.

Lorsqu'une otite moyenne mal soignée passe à l'état chronique, il est très fréquent qu'elle conduise son porteur à la mort par une complication intracranienne. Cette complication sera, suivant les cas, une méningite aiguë, une thrombose des sinus de la dure-mère, un abcès situé entre le rocher et la dure-mère, un abcès encéphalique du cerveau ou du cervelet. Souvent, au moins lors de l'autopsie, plusieurs de ces lésions coexistent, constituant un ensemble au-dessus des ressources de l'art; et de cette association résultent, en outre, de grandes difficultés cliniques. Mais au début, la complexité est moindre : le diagnostic de la lésion isolée — ou prédominante — est souvent possible et parmi ces lésions quelques-unes sont chirurgicalement curables.

Comme je ne veux m'occuper ici que des cas justiciables de l'intervention opératoire, quelques mots suffiront sur la méningite aiguë, diffuse, suppurée. Contre elle, en effet, nous sommes impuissants et les trépanations que j'ai pratiquées dans ces conditions n'ont pu sauver les malades. J'ai déjà publié deux observations de ce genre[2], et les deux cas que j'ai observés depuis se sont également terminés par la mort.

Obs. I. — *Ostéite diffuse du temporal avec méningite aiguë.*

Le 27 juin 1896, j'ai été appelé à voir la fillette d'un de nos confrères. Environ trois semaines auparavant, cette enfant, âgée de 10 ans, avait été prise, dans la convalescence d'une rougeole, d'une otite moyenne

[1] *Presse médicale*, 1895.

[2] A. Broca et P. Maubrac, *Traité de chirurgie cérébrale* (obs. XIV et XV). Paris, 1896.

aiguë rapidement compliquée de mastoïdite. A ce moment la trépanation de l'antre avait été pratiquée par un de mes collègues. Pendant les premiers jours, la fièvre cessa et l'état parut satisfaisant ; mais, vers le 15 juin, la température remonta, subit des oscillations à allure pyohémique et, en présence de cette aggravation, je fus prié d'examiner l'enfant. Quand j'arrivai, à 6 heures du soir, je trouvai une situation qui, depuis deux heures, avait changé du tout au tout : la malade avait eu des crises convulsives, était tombée dans le coma. Je la trouvai privée de connaissance, les pupilles dilatées, les tendons de l'avant-bras agités de soubresauts, le pouls petit, inégal, irrégulier, d'une fréquence extrême, incomptable. Derrière l'oreille existait une trépanation apophysaire capable de loger un pois ; autour, l'os était douloureux à la pression, mais sans trace d'empâtement; aucun gonflement cervical. Pour mon collègue et ami Merklen et pour moi, il était certain qu'il s'agissait d'une méningite aiguë, diffuse, foudroyante. Mais comme, dans ces cas, on doit toujours conserver quelques doutes avant d'éliminer d'une manière absolue le diagnostic d'abcès encéphalique, il fut décidé que je pratiquerais une opération exploratrice. C'est ce que je fis à 9 heures du soir. J'évidai toute l'apophyse, et je trépanai la caisse ; puis je mis à nu le sinus que je trouvai non thrombosé, ainsi que je m'y attendais d'ailleurs. Partout l'os m'apparut friable, atteint d'ostéite diffuse. Cela fait, je défonçai en deux coups de gouge le plafond de l'aditus ; la dure-mère apparut saine ; je l'incisai quoique le cerveau battît, et dans le lobe temporal j'enfonçai à plusieurs reprises le trocart. J'agis de même en arrière, après effondrement de la paroi cérébelleuse de la caisse. Le cerveau était rouge, mais je ne vis pas de pus sous la pie-mère ; l'éclairage était d'ailleurs insuffisant pour que je pusse apprécier l'état exact des méninges cérébrales et surtout cérébelleuses. L'opération a duré une demi-heure.

L'enfant succomba à 4 heures du matin, sans que l'état antérieur à l'opération ait été en rien modifié.

Obs. II. — *Otite moyenne chronique avec méningite aiguë.*

M. Odile, 5 ans et demi, est apportée, le 10 juillet 1896, à l'hôpital Trousseau. Cette enfant a commencé à se plaindre de l'oreille en janvier dernier, à la suite d'une scarlatine grave ; mais c'est depuis un mois à peine qu'est apparue l'otorrhée, et encore se borne-t-elle à un léger écoulement le matin. En même temps, la douleur, qui depuis janvier était continue, avec des périodes d'exacerbation, s'est accrue.

Le 4 juillet débuta presque subitement une céphalalgie très vive, avec vomissements, fièvre, délire. Ces accidents ont persisté et, le 10 juillet, on a enfin apporté l'enfant à l'hôpital.

A cette date, elle est dans le subdélirium, très abattue, face rouge, peau brûlante avec raie méningitique ; les pupilles, qui ne sont ni dilatées ni contractées, réagissent à la lumière lentement et incomplètement ; il y a un peu de strabisme convergent. Pouls à 150, régulier ; température 39,6.

Les vomissements et la constipation ont cessé depuis le 6 juillet.

Séance tenante, j'ouvris l'apophyse et la caisse que je trouvai pleines de pus ; puis je mis à nu la dure-mère de la fosse temporale en faisant sauter le plafond de l'aditus. Elle apparut saine et, comme les battements du cerveau étaient normaux, je ne l'incisai pas.

L'effet de l'opération fut nul. La température fut de 40° le 10 au soir ; de 39°,6 le 11 matin, et à 4 h. 30 m. du soir, l'enfant succombait avec 41°.

A l'autopsie, la base et la convexité du cerveau sont couvertes d'une couche verdâtre de pus épais ; le liquide céphalorachidien est louche. Pas d'abcès cérébral ni de thrombose du sinus.

Étant donné le pronostic désespéré que comportait mon diagnostic, on se demandera pourquoi j'ai entrepris une opération dont la stérilité m'était connue à l'avance.

C'est que, dans les cas de ce genre, la certitude du diagnostic n'est pas absolue. Certes, quand l'ensemble symptomatique est net, un clinicien expérimenté s'y trompe rarement. Mais la confusion est possible, entre la méningite suppurée diffuse et diverses lésions curables. D'abord, je rappellerai le méningisme, les méningites « incomplètes », les méningites suppurées circonscrites dont j'ai déjà, à plusieurs reprises, relaté des exemples personnels ou recueillis dans la littérature médicale. Ces méningites circonscrites sont une transition aux abcès encéphaliques, eux aussi d'un diagnostic parfois obscur. Enfin, dans la thrombose du sinus, lorsqu'il n'y a pas de gonflement cervical le long de la jugulaire, la ressemblance est grande avec une méningite. Il y a 4 ans, alors que mon expérience en chirurgie auriculaire était insuffisante, j'ai refusé d'opérer un enfant chez lequel, avec une otorrhée double, j'ai diagnostiqué *ferme* une méningite suppurée ; mais quelques mois plus tard, dans un cas qui ne me paraissait pas meilleur, j'ai trépané l'apophyse, évacué un peu de pus autour du sinus et obtenu un succès remarquable[1]. Tout récemment encore, chez un malade dont l'observation sera relatée plus loin, j'ai trouvé une thrombose du sinus dont le diagnostic était bien obscur.

Voilà pourquoi, dans ces conditions, j'ai coutume d'opérer, d'évacuer le pus contenu dans l'apophyse et dans la caisse et de me laisser conduire, en évidant l'os malade, jusqu'au sinus, jusqu'au cerveau.

C'est pour cela que, depuis le début de mes études sur ce sujet, j'ai toujours soutenu qu'il fallait adopter un procédé opératoire permettant d'agir, en un seul temps au besoin, à la fois sur l'oreille, le sinus, le cerveau, le cervelet : et je désire montrer une fois de plus, avec des observations inédites, qu'à cela convient la voie

[1] Obs. XIX de mon *Traité de chirurgie cérébrale*.

mastoïdienne. Je ne suis ni le premier ni le seul à défendre cette opinion; je constate même que depuis quelques années elle fait des progrès sensibles, mais elle a encore des opposants et, dès lors, ses partisans ne doivent pas désarmer.

Je commence par émettre un aphonisme *absolu :* étant donné un sujet atteint d'otite moyenne suppurée avec accidents cérébraux, le premier soin du chirurgien doit être de trépaner l'apophyse *et la caisse.*

Cette assertion a été combattue en théorie : elle l'est et surtout le sera de moins en moins. En pratique, on en a trop souvent méconnu l'importance, et nombreuses sont les observations où on a négligé l'oreille au cours d'une opération dirigée contre le sinus ou l'encéphale. Malgré cela, je pars de cette donnée que toujours les cavités de l'oreille devront avoir été largement ouvertes, et dès lors la question se pose de la manière suivante : faut-il, pour aller à l'intérieur du crâne, utiliser cette brèche ou en ouvrir une seconde, indépendante et plus ou moins éloignée ?

On doit distinguer, dans cette discussion, les abcès intra-duraux, la phlébite du sinus latéral et les abcès encéphaliques.

I. *Abcès extraduraux.* — Parfois les otites moyennes chroniques, surtout celles qui s'accompagnent de mastoïdite, se compliquent d'une ostéite qui, frappant la face intracranienne du rocher, provoque la formation d'un abcès situé entre la dure-mère et l'os. Cet abcès extradural occupe de préférence la face postérieure du rocher; puis vient le toit de la caisse, plus rarement la face antérieure.

Si, selon les préceptes de l'otologie moderne, on trépane la mastoïde et on l'évide aussitôt qu'on y constate un abcès ou une fistule, on n'observera que très exceptionnellement un abcès extradural collecté en une poche volumineuse. Ce qui m'est plusieurs fois arrivé, ç'a été de trouver un os carié, friable, et après évidement j'ai vu la dure-mère à nu, d'ordinaire au niveau du sinus latéral. On trouvera plusieurs observations de ce genre dans un mémoire, publié ici même (n° du 15 janvier 1895), où j'ai étudié les mastoïdites. Depuis, j'en ai recueilli quelques-unes, mais je crois inutile de les relater. Je me bornerai à transcrire une observation relative à une véritable poche purulente extra-durale.

Obs. III. — *Otite moyenne aiguë avec mastoïdite et poche purulente baignant le sinus latéral.*

Madeleine M..., âgée de 8 ans, est entrée, le 17 juin 1896, à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers. Cette enfant, dont les antécédents personnels et héréditaires sont bons, a été atteinte, le 10 juin, d'une angine

aiguë ; le 12 juin, de douleurs d'oreille presque immédiatement suivies d'otorrhée.

Le Dr Lavie (de Rueil) ordonna des instillations de glycérine phéniquée et vit l'écoulement se tarir, mais les douleurs d'oreille, la céphalalgie pariéto-occipitale, la fièvre persistèrent et, dès lors, l'enfant me fut adressée. Elle arriva à l'hôpital ayant depuis la veille bénéficié d'une accalmie notable : la fièvre avait cessé et la malade avait pu dormir.

A l'entrée, je constatai un peu de rougeur et de gonflement rétro-auriculaire, mais sans décollement du pavillon. La pression est très douloureuse à la base de l'apophyse, moins au sommet, sous lequel on sent un ganglion engorgé. Mais il n'y a aucune douleur en avant du tragus, la traction sur le pavillon est indolente. Dès lors, je conclus à une mastoïdite sans abcès extérieur et, vu la gravité des symptômes pendant la semaine précédente, je trépane d'urgence.

Après avoir traversé les parties molles, un peu épaissies et lardacées, mais sans trace de pus, je rugine la corticale, qui apparaît saine, et je trépane l'antre, où je ne trouve qu'une faible quantité de pus séreux ; mais, en curetant les parois, je sens en haut et en arrière un point friable et, après y avoir introduit une fine curette, j'en vois sourdre une grande quantité de pus épais. Par ce pertuis osseux, j'introduis le protecteur de Stacke et j'ouvre largement, à la gouge, une vaste poche située sur la face postérieure du rocher. L'opération terminée, le sinus était à nu sur toute la hauteur de l'apophyse. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Le soulagement fut immédiat. Les douleurs cessèrent. La température oscilla pendant sept jours de 37°,5 à 37°,8 ; puis elle tomba au-dessous de 37°,5.

Le 5 juillet, l'enfant, en excellent état, retourna à Rueil, où le Dr Lavie continua à la panser, et elle guérit définitivement en quelques semaines.

Dans cette observation, je ferai remarquer qu'il s'agit d'une otite aiguë, cas dans lequel les abcès extraduraux sont relativement rares, mais, pour la conduite à tenir, elle peut servir de type : aller séance tenante jusqu'à la dure-mère si on y est mené de proche en proche par la poursuite des lésions osseuses.

Certains auteurs vont plus loin et, par exemple, Picqué et Février[1] ont conseillé de pénétrer immédiatement à l'intérieur du crâne, dès « qu'une otite moyenne suppurée s'accompagne d'accidents douloureux et fébriles ». Or, cette conduite ne me semble pas justifiée. Si l'os paraît sain, même s'il existe quelques accidents cérébraux — insuffisamment caractérisés pour qu'on puisse diagnostiquer d'emblée un abcès ou une phlébite — la trépanation simple de l'antre pour les cas aigus, de l'antre et de la caisse pour les

[1] Picqué et Février, *Ann. des mal. de l'or. et du lar.* Paris, 1892, p. 883 ; voy. p. 904.

otites chroniques avec poussée aiguë, peut fort bien suffire, ainsi que j'en ai rapporté plusieurs exemples. Tout ce que je puis dire, c'est que, dans ma pratique personnelle, je n'ai jamais trouvé à l'autopsie un abcès extradural méconnu en agissant de la sorte ; toutes les fois qu'il y avait un décollement de la dure-mère, j'y ai été conduit en évidant l'os carié ; toutes les fois que j'ai été arrêté par un os résistant à la curette, j'en suis resté là, ou bien les malades ont guéri sans encombre, ou bien ceux qui ont succombé — ils sont fort rares — sont morts de complications diverses sans abcès extradural méconnu.

A plus forte raison ne faut-il pas d'emblée inciser la dure-mère et explorer le cerveau et le cervelet quand il existe quelques troubles cérébraux. Il faut même savoir que parfois, surtout chez l'enfant, l'abcès extradural peut simuler de très près l'abcès encéphalique et causer des symptômes par excès de pression intracranienne : somnolence, vomissements, quelquefois ralentissement du pouls, hémiplégie croisée, troubles de la parole.

J'ai fait cette courte digression, quoique Picqué se soit récemment rangé à mon avis, sur l'opportunité de ne pas explorer, de parti pris et dans tous les cas, la dure-mère et le cerveau. Je reviens maintenant à mon objectif principal : et je crois inutile d'insister pour prouver que l'attaque successive des diverses parois des cavités naturelles permettra seule d'ouvrir les abcès extraduraux, situés qu'ils sont entre les faces craniennes du rocher et la dure-mère.

Cette proposition n'étant contestée par personne, je passe : mais en faisant remarquer immédiatement qu'avec la phlébite du sinus ou l'abcès encéphalique coïncide très souvent un décollement de la dure-mère, et que dès lors, dans ces cas, l'opération mastoïdienne devra, de toute nécessité, avoir été poussée jusqu'à l'intérieur du crâne.

Il me reste maintenant à démontrer que, pour traiter soit la thrombose, soit l'abcès encéphalique, il est inutile d'ouvrir la boite cranienne en un second point.

II. *Thrombose du sinus latéral.* — Pour la thrombose du sinus latéral, la démonstration est à peine à faire. Quelques chirurgiens, je le sais, ont abordé le sinus en arrière de la mastoïde. C'est incontestablement une erreur, car : 1° on laisse stagner dans l'oreille moyenne du pus et cela a plusieurs fois conduit à une trépanation secondaire ; 2° pour atteindre à coup sûr le sinus, le meilleur repère est l'antre mastoïdien, d'autant mieux qu'avec la phlébite, la coexistence d'un abcès extradural est sinon constante, au moins très fréquente.

J'ai déjà publié trois observations où j'ai opéré pour thrombose du sinus. En voici deux nouvelles qui appartiennent chacune à un type différent.

Obs. IV. — *Thrombose du sinus sans gonflement cervical. Opération limitée à l'apophyse et au sinus. Mort de pneumothorax gangréneux.*

Jacques Feuil..., âgé de 12 ans, est entré à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, le 11 mai 1896.

Je n'ai eu que des renseignements peu circonstanciés sur le début exact des accidents. Mais je sais qu'il s'agissait d'une otite chronique suppurée, bilatérale. Il survint au mois d'avril des accidents fébriles, bientôt graves, et le 27 avril un spécialiste des plus expérimentés fut appelé en consultation.

L'état infectieux dont souffrait le malade fut rapporté sans hésitation aux oreilles, mais des deux côtés l'apophyse était normale, indolente à la pression, aucun signe ne permettait, paraît-il, de conclure alors à une lésion justiciable du bistouri, et toute intervention fut différée. Il existait cependant du côté gauche un œdème bizarre de la région massétérine et du haut du cou. Mais cela cessa bientôt, et en tout cas il n'y en avait plus trace lorsque je vis l'enfant.

Pendant les jours suivants, l'évolution fut celle d'une pyohémie à marche assez lente. A des heures irrégulières, avec des frissons survenant de temps à autre, la température subissait des sautes brusques, de 37 à 40°, la toux devenait fréquente et il y avait manifestement des foyers de bronchopneumonie ; l'affaiblissement et l'amaigrissement faisaient des progrès rapides et l'enfant était dans un état déplorable lorsqu'il me fut adressé, le 11 mai à 9 heures du soir, à l'hôpital Trousseau.

A ce moment il ne cessait de geindre, de pousser de petits cris ; il se plaignait de douleurs de tête très vives, sans localisation nette, en un point de crâne ; il ne répondait qu'avec peine aux questions, sortait mal d'un état semi-comateux ; il présentait en outre une hyperesthésie généralisée et ressentait en particulier dans le bras gauche, sans aucun signe local appréciable, des douleurs violentes ; le ventre était rétracté en bateau, très douloureux à la palpation. Il n'y avait ni vomissement, ni constipation. Mon interne M. Weill, qui reçut le malade, conclut à l'existence d'une méningite et le lendemain matin je fus presque de son avis, tout en admettant comme certaine l'infection pyohémique.

En palpant le cou, je ne le trouvai pas gonflé et douloureux le long de la partie supérieure de la jugulaire. Mais à gauche l'apophyse était certainement douloureuse à la pression. Rapprochant cette constatation de l'œdème passager qu'on avait observé à la face de ce côté, je trépanai l'apophyse et la caisse gauches. Elles étaient pleines de pus fétide et en évidant l'os carié j'arrivai jusqu'au sinus, dont la paroi jaune, sphacélée, se déchira sous ma curette. J'évacuai des caillots putrides et ne vis pas venir une goutte de sang.

Je bornai là mon intervention et ne liai pas la jugulaire au cou : l'ab-

sence de tout gonflement cervical me prouvait que le processus de thrombose n'avait pas gagné cette veine, et d'autre part l'enfant était dans un état tellement précaire qu'il me fallait réduire l'opération au minimum.

Après cette intervention, l'état sembla s'améliorer. Les oscillations thermiques persistèrent, mais les frissons ne se renouvelèrent plus; l'appétit revint un peu, l'enfant s'assit sur son lit et s'intéressa à ce qui l'entourait. Mais il continuait à souffrir d'une toux sèche, fréquente, avec foyers de râles disséminés, et le 20 mai, dans la nuit, il fut brusquement pris d'un point de côté intense à gauche, avec vomique d'un liquide grisâtre extraordinairement fétide.

A la visite du matin, je constatai une grande dyspnée, une expectoration gangreneuse et un pyopneumothorax à gauche. Il était évident qu'un foyer de gangrène pulmonaire s'était rompu à la fois dans la plèvre et dans les bronches. Immédiatement je réséquai la dixième côte en arrière, juste en dehors de son angle, et je drainai la plèvre qui contenait en grande abondance un liquide séro-purulent, avec fausses membranes, horriblement fétide.

L'examen bactériologique ayant révélé la présence du streptocoque, on fit, les 22 et 23 mai, des injections de sérum de Marmorek. L'enfant succomba le 26, à 3 heures du matin.

Opposition à l'autopsie.

Obs. V. — *Thrombose du sinus latéral, avec phlébite de la jugulaire. Désinfection du sinus et de la veine. Guérison.*

Sadi Ch..., 8 ans et demi, entré le 14 septembre 1896 à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers.

Il y a cinq ans il a eu, en même temps que son frère qui en est mort, une bronchopneumonie avec otite moyenne à droite, et depuis ce moment l'oreille coule.

Le 20 août dernier, ont débuté du côté de cette oreille des accidents aigus, des douleurs auriculaires intenses avec fièvre notable.

Le 13 septembre, la fièvre s'est aggravée, l'enfant a eu des vomissements, de la constipation, plusieurs épistaxis, un tremblement surtout accentué dans les membres supérieurs.

Le lendemain, l'état est plus grave encore et l'enfant est présenté à la consultation de l'hôpital Trousseau.

Actuellement, il existe à droite une otorrhée très légère. A l'inspection, on voit que les veines rétro-auriculaires sont marquées par des traits bleus, mais il n'y a ni œdème ni décollement du pavillon. La région sterno-mastoïdienne supérieure, en avant du sterno-mastoïdien, juste au-dessous de l'apophyse, est manifestement tuméfiée et très douloureuse à la pression. L'empâtement profond gagne vers la nuque. A la surface on sent quelques bosselures qui font songer à un engorgement ganglionnaire. Il n'y a dans cette région ni fluctuation, ni rougeur à la peau. Aucune douleur à la pression même énergique de l'apophyse. L'état général est grave, avec fièvre vive, trémulations, céphalalgie,

inappétence et langue subburale, état semi-comateux, air hébété, dilatation pupillaire.

En raison des bosselures ganglionnaires de la tuméfaction cervicale et de l'indolence complète de l'apophyse, je diagnostiquai une phlébite, et non une mastoïdite de Bezold, à laquelle pensait un de mes internes.

Séance tenante, je fis une incision de 6 centimètres au-dessous de l'apophyse, sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien. Après avoir découvert ce muscle, j'extirpai aux ciseaux courbes les ganglions engorgés et rouges, qui cachaient la jugulaire, et j'arrivai sur cette veine : au-dessous du tronc thyro-linguo-facial, elle était souple, mince, bleue, se gonflait pendant l'expiration ; au-dessus elle était dure, blanche, à parois épaisses, ressemblant à celles d'une artère. Au-dessous de ce segment malade je la sectionnai entre deux ligatures, puis je passai à l'apophyse. Au-dessous de la corticale saine, je trouvai l'antre spacieux et plein de pus ; un vaste abcès extra-dural entourait le sinus, qui fut ainsi mis à nu. J'ouvris la caisse ; puis, sur le protecteur de Stacke, je mis à jour l'abcès extradural en faisant sauter la paroi osseuse. Le sinus apparut alors largement et je le fendis de bout en bout : il n'était pas thrombosé, et un jet énorme de sang s'élança ; je l'arrêtai avec l'index gauche, puis avec un tampon de gaze iodoformée. Après avoir achevé le pansement de l'apophyse et de la caisse, je revins à la plaie cervicale, j'incisai largement la jugulaire au-dessus de la ligature : un flot de pus très épais s'écoula. Un drain fut mis dans la jugulaire, puis la plaie cervicale fut suturée.

L'opération avait duré une demi-heure.

Les suites ont été des plus simples.

La température monta encore le premier soir, à 38°,5, le deuxième soir à 38° puis elle tomba définitivement à 37°. On assista en trois ou quatre jours à une véritable résurrection de l'enfant qui, actuellement. cinq semaines après l'opération, est en excellent état local et général.

Dans cette dernière observation, j'ai d'emblée porté le diagnostic précis et institué la thérapeutique que dans ces cas je crois la meilleure. Sur la nécessité de désinfecter l'abcès extradural et le sinus — et j'ajoute l'apophyse et la caisse — on ne discute pas. Mais quelques chirurgiens sont opposés à la ligature de la jugulaire au cou ; il est chimérique, disent-ils, de chercher à barrer ainsi la route aux embolies septiques, et pour arriver à ce résultat, plus que douteux, on allonge gravement l'acte opératoire. J'accorderai, si l'on veut, que le barrage est insuffisant, car bien d'autres voies restent ouvertes, mais je crois indispensable de désinfecter la jugulaire quand elle est pleine de pus : c'est ce qui avait lieu dans mon cas, et en parcourant les observations publiées on voit que c'est fréquent.

Je suis donc partisan de la ligature de la jugulaire, et c'est par elle que je commence, quand le diagnostic est posé. Pourquoi donc, dans l'observation IV, me suis-je départi de cette règle ? C'est

qu'en l'absence de tout gonflement cervical, le diagnostic était soupçonné et non posé ; c'est qu'après avoir opéré j'ai trouvé un sinus largement ouvert et sphacelé ; c'est que j'ai cru sage d'en rester là, et de parer aux accidents immédiats, chez un enfant qu'on m'a apporté à bout de forces. Et l'opéré est mort d'embolies septiques pulmonaires : je me hâte, d'ailleurs, d'ajouter que ces embolies existaient certainement avant l'opération et que la ligature de la jugulaire ne les eût pas évitées.

Si cet enfant est mort, c'est qu'il a été opéré trop tard, trois semaines environ après le début des accidents. *Dans les accidents de ce genre, la clef du succès est dans la rapidité du diagnostic.* Je ne veux pas prétendre qu'on guérira toutes les pyohémies d'origine auriculaire : j'ai plusieurs observations d'ostéite diffuse du rocher où l'intervention large et précoce n'a servi de rien. Mais l'abcès sous-dural avec thrombose du sinus est certainement plus bénin que cette variété et l'opération précoce donne de nombreuses guérisons.

III. *Abcès encéphaliques.* — Pour ouvrir le sinus thrombosé, il est incontestable (et presque incontesté) que le meilleur chemin est de passer par l'antre. C'est pour les abcès cérébraux et cérébelleux que commence le désaccord. On a étudié leurs sièges de prédilection, leur diagnostic différentiel ; on a fait des recherches de topographie cranio-cérébrale, et on a abouti à des procédés multiples, avec des écarts extraordinaires entre les lieux d'élection assignés à la couronne de trépan, aussi bien en ligne horizontale qu'en ligne verticale.

Le premier fait à retenir est d'ordre anatomo-pathologique : les abcès cérébraux sont plus fréquents que les cérébelleux ; mais les uns comme les autres siègent presque toujours superficiellement, sous l'écorce nerveuse, en regard d'un point d'ostéite perforante. A leur niveau il y a souvent un décollement de la dure-mère, parfois avec de véritable abcès extradural ; parfois même des adhérences par méningite circonscrite, suppurée ou non, unissent en ce point la dure-mère et la pie-mère.

Le second fait à retenir est d'ordre clinique : le diagnostic des abcès encéphaliques est souvent très obscur. Abcès encéphaliques, thrombose du sinus lorsque fait défaut le gonflement cervical, abcès extra dural sont confondus à chaque instant, dans tous les sens, par les auteurs les plus compétents ; souvent aussi on opère, comme je l'ai fait dans l'observation IV, sans avoir posé un diagnostic ferme. Et lorsque, par le ralentissement du pouls, par exemple, on conclut avec netteté à l'existence d'un abcès, reste à déterminer s'il est cérébral ou cérébelleux, ou extradural : le

signes de localisation sont rares et trompeurs ; ceux qui s'y sont trop fiés ont eu bien des déboires. On est conduit bien souvent,



Fig. 1. — Trépanation complète de l'apophyse et de la caisse.

quand on a de ces lésions une habitude réelle, à poser un diagnostic exact : chez les derniers malades que j'ai observés, je ne me suis plus trompé. Mais on doit toujours être en méfiance d'une



Fig. 2. — Ouverture du crâne au-dessus du méat et de l'aditus.

erreur, dont les conséquences seront faciles à réparer si le procédé opératoire est adapté à toutes les complications que je viens de passer en revue. Quand on trépane en avant ou en arrière du conduit, et plus ou moins au-dessus de lui, on risque fort de manquer

ou de ne pas atteindre assez largement l'abcès temporal qui repose, d'ordinaire, sur le rocher; si on trépane notablement au-dessus du conduit, que ce soit en avant, en arrière ou en ligne verticale, on passe forcément au-dessus de l'abcès extradural, s'il en existe un. Si, au cerveau, on ne trouve rien, il va falloir aller au cervelet : le ponctionner à travers la tente est une méthode à la fois aveugle et insuffisante; trépaner l'écaille de l'occipital, c'est prolonger outre mesure l'opération, et de plus le trocart aura à traverser toute l'épaisseur du cervelet, puisque l'abcès a coutume d'être au contact du rocher.

Mais puisque tous ces abcès sont, d'ordinaire, si voisins du foyer

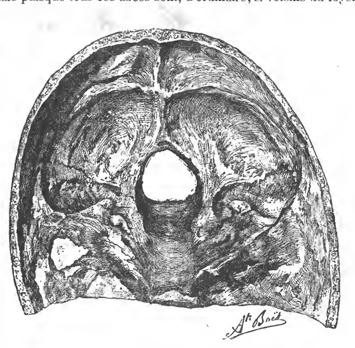


Fig. 3. — Entrée dans la fosse temporale par la trépanation précédente.

d'ostéite, dont ils dérivent, n'est-il pas raisonnable d'aller à leur recherche en partant précisément de ce foyer? La plupart des auteurs qui plaident pour la trépanation spéciale aux abcès encéphaliques se rallient actuellement — en raison de la poche extradurale dont on a reconnu la fréquence — au procédé sus-auriculaire inférieur, la couronne rasant le conduit et le bord supérieur du rocher. Comment peuvent-ils donc rester adversaires de la voie mastoïdienne? Regardez les figures ci-jointes, montrant comment, par l'apophyse, on attaque le crâne et comment on y entre, et vous

serez immédiatement convaincus qu'en deux coups de gouge, en faisant sauter le plafond de l'aditus, on réalise le procédé sus-auriculaire le plus inférieur, c'est-à-dire le meilleur. Ceux-là seuls peuvent rester opposants qui contestent mon aphorisme initial: toujours commencer par trépaner l'apophyse *et la caisse;* ou bien ceux qui, adoptant l'aphorisme, ne le mettent pas en pratique, ou plutôt l'y mettent mal et trépanent l'apophyse seule, sans la caisse. Ce n'est pas, en effet, au-dessus de l'apophyse qu'il faut ouvrir le

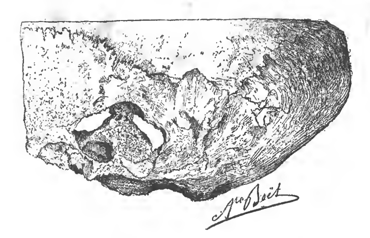


Fig. 4. — Ouverture de la fosse temporale et mise à nu du sinus.

crâne pour aller au lieu d'élection des abcès temporaux, mais au-dessus de l'aditus, c'est-à-dire au-dessus du conduit, par l'écaille du temporal. La seule difficulté opératoire, dans ce procédé, est d'aller au cervelet, en avant et au-dessus du coude du sinus: l'accès n'est pas large et il est assez périlleux, mais à mon sens il vaut bien, envisagé en soi, l'accès postérieur, et surtout il permet d'aller au cervelet en quelques minutes au lieu d'avoir à entreprendre toute une opération nouvelle.

Chez le premier sujet atteint d'abcès cérébral que j'ai eu à soigner, je n'ai pas porté le diagnostic, et c'est à l'autopsie que je me suis convaincu combien la voie mastoïdienne eût été chez lui opératoirement parfaite (obs. XXIII de mon *Traité de chirurgie cérébrale*). Depuis, j'ai traité une fillette et, après avoir établi le diagnostic exact, j'ai, en une séance, trépané l'apophyse, la caisse, le crâne et drainé l'abcès. L'opération a duré vingt minutes, et en trois mois l'enfant était guérie de l'abcès cérébral *et de l'otorrhée.* Je ne crois pas que par deux opérations séparées on puisse opérer aussi vite et aussi bien.

Obs. VI. — *Abcès temporal. Guérison.*
(Toute la partie antérieure à l'opération est rédigée par le Dr Péron, médecin de la malade.)

Jeanne M.. , 14 ans, m'est amenée dans le courant de mars 1896, pour une otite moyenne gauche qui dure depuis trois ans au moins. Elle a déjà subi, plus ou moins complètement, une série de traitements (ablation de végétations adénoïdes à Lariboisière, en 1895; irrigations, lavages, etc., tentatives de destruction des amygdales).

L'enfant est assez grande, frêle, sans antécédents héréditaires ou personnels intéressants à noter. Ecoulement peu important par l'oreille gauche de pus jaune, sans odeur. La mastoïde paraît normale.

L'examen de la gorge montre que l'amygdale droite a son volume normal. Par contre, l'amygdale gauche forme une masse considérable, du volume d'une amande, rouge violacé. L'extrémité supérieure de l'amygdale, chroniquement hypertrophiée, se perd dans l'arrière-cavité.

Au toucher de l'arrière-cavité, je ne sens pas de végétations adénoïdes. Perméabilité des deux fosses nasales à l'air. Toutefois la voûte palatine est ogivale et la parole est habituellement légèrement nasonnée.

Traitement : irrigations bucco-nasales à l'eau phéniquée à 1/200e; attouchements quotidiens de l'amygdale gauche à la teinture d'iode, lavages d'oreille à l'eau phéniquée à 1/200e.

Je suis rappelé auprès de l'enfant le 6 juin.

De la fin de mars au mois de juin, l'écoulement, dit la mère, a beaucoup diminué ; certains jours même il était si peu abondant qu'on l'aurait pu croire tari.

L'état général était devenu meilleur. L'enfant paraissait aller très bien. Je constate, d'autre part, que l'amygdale gauche a diminué très notablement de volume.

Le 4 juin, quelques douleurs dans l'oreille gauche.

Le 5, ces douleurs deviennent assez vives pour que l'enfant garde le lit; la nuit du 5 au 6 est mauvaise. Fièvre, céphalée, douleurs violentes d'oreille. Insomnie complète.

Le 6 au soir, T. R, 39°,3. L'écoulement est supprimé. La pointe de la mastoïde est douloureuse à la pression, bien qu'elle ne soit le siège d'aucun empâtement.

Traitement: trois sangsues sur la mastoïde ; instillations de glycérine phéniquée à 1/10e dans l'oreille ; irrigations larges à l'eau phéniquée à 1/200e de la gorge et du nez.

Le 7, nuit encore agitée, moins que la veille toutefois, T. M. 38°.6.

Le soir, recrudescence des symptômes. Un abcès de l'oreille s'évacua spontanément une demi-heure avant mon arrivée. Pus remarquablement fétide et verdâtre. Je trouve, le soir, l'enfant très soulagée, plus gaie. La température est encore élevée.

La nuit du 7 au 8 est bonne. L'enfant repose assez longtemps.

Le 8 au matin, T. 37°,8. Jeanne demande à manger un peu. J'insiste sur la nécessité de faire de larges irrigations de la gorge et sur les instillations dans l'oreille toutes les trois heures. La mastoïde n'est

presque plus douloureuse à la pression. L'écoulement est déjà moins fétide que la veille.

Le 9, une lettre du père m'apprend que l'enfant est restée « absorbée » dans l'après-midi. Elle somnolait, grognait, quand on voulait la tirer de cet état.

Le soir, la température est à 38° (T. axillaire prise par les parents). L'enfant est assise sur son lit. Elle me parle gentiment. L'écoulement n'est plus fétide, la mastoïde n'est plus douloureuse à la pression. Le pouls me paraît normal. Toutefois les pupilles, égales d'ailleurs, sont largement dilatées. L'enfant ne se plaint pas de la tête ni de l'oreille. Je rassure la famille.

Le 11, je suis rappelé par le père pour des accidents de somnolence analogues à ceux du 9, La soirée du 10 a, en effet, été assez mauvaise. Dans la matinée, l'enfant était assez gaie, elle avait même reçu une petite amie, avec laquelle elle avait joué. Elle avait mangé un peu. La température axillaire, prise par la mère, n'avait pas dépassé 38°. Néanmoins, vers le soir, même état de somnolence, mêmes difficultés pour tirer l'enfant de son sommeil. Pressée de questions, elle répond lentement et avec quelque peine aux questions qu'on lui pose. Ces divers renseignements me sont fournis par le père pendant que j'examine l'enfant, le 11 au matin.

Jeanne me reconnaît, me dit bonjour et me demande son chocolat. Un nouvel examen de la gorge et de l'oreille ne me montre rien de particulier. L'enfant ne se plaint pas, ce matin, de la tête; il est vrai qu'hier soir elle en souffrait un peu. Pas de vomissements, une selle normale dans la journée d'hier. La température axillaire ne dépasse toujours pas 38° le soir. Le pouls est régulier, toutefois il est lent (72 par minute). Bien que l'enfant ait toute sa connaissance, je remarque la lenteur avec laquelle elle répond à ce qu'on lui demande, elle paraît étonnée, et donne l'impression d'une enfant qu'on vient de tirer d'un sommeil profond et qui ne se reconnaît pas. Le père est assez disposé à mettre tout cela sur le compte de caprices d'enfant gâtée; mais, malgré une observation assez vive, l'enfant reste distraite et indifférente. Les pupilles sont toujours largement dilatées. Elles réagissent normalement à la lumière. L'enfant voit clair, distingue et compte avec les doigts. Aucun phénomène paralytique à noter du côté de la face.

Le 12, état stationnaire. Dans la soirée, encore de la somnolence, bien que la matinée ait été assez bonne. L'examen de la respiration et du pouls fait avec soin pendant plusieurs minutes montre une respiration parfaitement calme, mais lente (17-18 par minute), un pouls lent (64-68). Température axillaire, 37°,3. L'oreille coule toujours, mais moins abondamment. Le pus n'est plus fétide. La mastoïde n'est plus douloureuse.

Tout se réduit en somme à cette somnolence de l'après-midi que je n'ai pas constatée moi-même, à la dilatation des pupilles qui persiste, bien que les orifices remuent facilement à la lumière, et au ralentissement du pouls et de la respiration.

Le 13 au matin, même état, toutefois la somnolence est un peu plus

accusée. Pour la première fois, je remarque que l'enfant hésite pour trouver ses mots, qu'elle tente d'employer des périphrases pour s'exprimer.

Pouls à 60, T. R. 37°,4, prise par moi-même. Aucun phénomène paralytique appréciable.

A 4 heures du soir je vis de nouveau l'enfant.

T. R. 38°,2. Pouls lent, mais parfaitement régulier, respiration régulière. Mais il y a de l'hébétude, la parole est plus difficile, la paraphasie augmente et de plus l'enfant montre nettement une paralysie faciale d'origine centrale.

J'ai examiné bactériologiquement le pus évacué par M. Broca lors de l'opération. Voici les résultats :

Examen direct. — 1° Streptocoques prenant le Gram en courtes chaînettes; 2° bacille allongé, forme d'articles séparés, se décolorant par le Gram, en nombre considérable.

Cultures. — Bouillon de viande. Gélatine. Gélose. Pomme de terre. Cultures anaérobies dans l'huile (gélose), en bouillon dans vases fermés à la lampe (vide fait à la trompe à eau). Toutes ces cultures restent négatives et ne permettent d'isoler ni le streptocoque, ni le bacille associé.

Une goutte de pus inoculée à la souris n'a pas tué l'animal.

Je vis l'enfant dans cet état le 13 juin à 8 heures du soir, je confirmai immédiatement le diagnostic d'abcès temporal porté par M. Péron et l'enfant, qui était alors dans le coma, fut transportée à l'hôpital Trousseau, où je l'opérai à 9 heures du soir.

Je trépanai l'apophyse et la caisse : les cellules étaient petites, l'os était dur, épais, éburné. Dans ces cavités, il y avait du pus concret et des masses cholestéatomateuses en faible quantité; je ne trouvai pas trace des osselets. Aucun point friable ou carié ne me conduisit à l'intérieur du crâne. J'attaquai donc le temporal à la gouge, au-dessus de l'aditus, et je mis à nu la dure-mère sur l'étendue d'une pièce de 2 francs. Cette membrane était saine, elle bombait légèrement dans l'ouverture crânienne et elle présentait des battements, faibles il est vrai. Malgré ce signe, et étant donnée la netteté des troubles fonctionnels, je l'incisai, puis, de la pointe du bistouri, je ponctionnai l'écorce cérébrale et je vis immédiatement s'écouler, en grande abondance, un pus grumeleux, peu épais, horriblement fétide. Une sonde cannelée, dirigée en haut et en arrière, put être enfoncée à 5 ou 6 centimètres de profondeur et elle fut remplacée par un drain de même longueur. Je ne fis aucune irrigation et je terminai en tamponnant à la gaze iodoformée l'apophyse et la caisse.

Dès le lendemain matin, la malade était sortie du coma, elle avait encore de la paralysie faciale, mais ses pupilles étaient égales et elle demandait à manger, ce qu'à midi elle fit avec appétit.

Jusqu'au 20, l'état local et l'état général étant des plus satisfaisants, la température resta aux environs de 38° (maximum 38°,3 et 38°,5 le

14 juin matin et soir). A partir du 20 juin, elle oscilla entre 37°,5 et 38°,8 jusqu'au 24, puis elle tomba définitivement à la normale.

Le 21, malgré l'absence d'hyperthermie, on constate quelques légers accidents : la tête est lourde, le caractère est un peu grognon, il y a de l'apathie intellectuelle. En faisant le pansement, on vit que rien ne s'écoulait par le drain ; celui-ci, manifestement bouché par un grumeau, fut donc retiré et immédiatement s'écoula en grande abondance (presque un demi-verre à Bordeaux) du pus grumeleux et fétide. Le drain fut ensuite remis.

A partir de ce jour, le drain fut de même retiré, lavé et remis chaque matin ; la quantité de pus s'écoulant à chaque pansement diminua rapidement,

Le 5 juillet, l'enfant quitta l'hôpital. Elle revint se faire panser d'abord tous les deux jours, puis deux fois la semaine seulement. Au milieu d'août le drain, peu à peu raccourci, fut définitivement supprimé.

L'état intellectuel s'améliora peu à peu ; au bout de quelques semaines la paraphasie et la paralysie faciale avaient disparu. Mais pendant assez longtemps le caractère resta notablement modifié ; l'enfant rit sans cause et fixe difficilement son attention.

Vers le 15 septembre, la plaie rétro-auriculaire est complètement cicatrisée, l'otorrhée est tarie, l'état général est excellent et c'est à peine si le caractère est un peu plus enfantin qu'avant l'opération.

Après plus de quatre mois écoulés, je crois la jeune fille à l'abri des récidives que dans les cas de ce genre on a parfois eu à enregistrer.

Cette observation étant rédigée depuis le 1er octobre, je dois ajouter que j'ai revu l'enfant le 20 novembre. Il est revenu un peu d'otorrhée, entretenue par quelques granulations en haut du conduit. L'élève chargé du pansement a laissé trop tôt fermer la plaie rétro-auriculaire.

III. — *De l'emploi du tube de caoutchouc dans les anostomoses intestinales.*

Par le Dr DUBOURG, chirurgien de l'hôpital Saint-André (Bordeaux), membre correspondant de la Société de chirurgie.

Pour faciliter les anastomoses intestinales avec l'estomac, ou a vésicule biliaire, ou des anses intestinales entre elles, j'emploie depuis quelque temps un tube de caoutchouc creux, possédant un épaulement saillant de quelques millimètres à l'une de ses extrémités. Ce tube peut être remplacé par un drain dont le volume est en rapport avec l'anastomose à pratiquer. Sur une de ses extrémités, on taille deux ailettes que l'on fixe ensuite contre sa paroi externe à l'aide d'un fil de soie.

Le mode d'emploi de ce tube est très simple. L'estomac et l'in-

testin étant mis en contact au point où l'anastomose doit être établie, on les accole d'abord par un rang de sutures *séro-séreuses* au catgut, et en surget, sur une longueur de trois à quatre centimètres au plus.

En avant, et parallèlement à cette première ligne de suture, ces deux organes sont ouverts sur une étendue équivalente. Une série

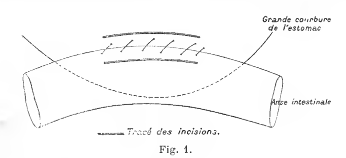


Fig. 1.

de points *à la soie* réunit alors les deux muqueuses, intestinale et stomacale, des lèvres postérieures correspondantes. A ce moment, on introduit l'extrémité renflée du tube dans l'intestin, l'autre extrémité plongeant dans la cavité stomacale. Pour le maintenir en place, on traverse ses parois, en deux points diamétralement opposés, et près de l'épaulement, par deux fils de catgut n° 2, qui viennent le fixer à chaque extrémité, de cette première ligne de suture. Le tube étant aussi bien maintenu en place, les muqueuses

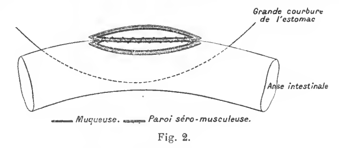


Fig. 2.

des lèvres antérieures sont alors suturées l'une à l'autre, comme on avait fait en arrière, et on termine par les sutures séro-séreuses antérieures.

Le tube, grâce à son épaulement, ne peut être refoulé dans l'estomac. Il ne peut s'échapper dans l'intestin à cause des deux fils de catgut qui le fixent à la ligne de suture. Au bout de quelques jours, lorsque ces fils de catgut cèdent, le tube est expulsé du côté de l'intestin, et l'anastomose reste parfaitement établie entre les deux organes.

Les avantages de ce tube sont :

1° D'assurer un passage *bien ouvert* dès les premiers jours de l'opération ;

2° De faciliter les sutures en leur fournissant un point d'appui solide ;

3° De permettre de faire un orifice d'un calibre bien déterminé;

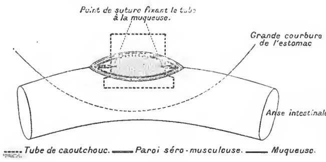


Fig. 3.

4° De ne créer aucun danger ultérieur, au point de vue de son élimination.

Je ne puis encore dire ce que devient ce tube après l'opération. Ce que je puis affirmer, c'est qu'aucun accident n'est survenu chez nos opérés par le fait de sa présence dans le tube digestif.

Chez notre première opérée (cholécystentérostomie), morte six jours après l'opération d'insuffisance hépatique et d'épuisement,

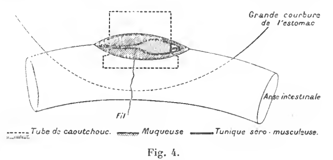


Fig. 4.

la suture avait très bien tenu, l'anastomose était très bien établie, et le tube était encore en place.

Chez mon opéré de gastro-entérostomie (obs. II), comme chez celui de M. Demons (obs. III), nos deux malades sont partis sans avoir rendu leur tube (du moins on ne l'a pas retrouvé, malgré un examen attentif des selles). Rien à dire pour le quatrième malade opéré par M. Binaud (obs. IV) depuis deux jours seulement.

A ce propos, mon interne, M. Tocheport, qui a eu la bonté de me fournir ces notes, se propose de faire quelques expériences sur des chiens, et d'en faire le sujet de sa thèse inaugurale.

Quant à nos tubes, nous en avons fait faire une série de six, pouvant répondre à tous les besoins. Ils sont en caoutchouc rouge, assez souple, de un à deux millimètres d'épaisseur, d'une longueur moyenne de trois centimètres et demi. On peut les raccourcir, s'il y a lieu, d'un coup de ciseau. Leur diamètre varie depuis 10 millimètres (le n° 1), jusqu'à 20 millimètres (le n° 6).

Obs. I. *Cholécystentérostomie.* — Jeanne J., 54 ans, entre dans le service du Dr Dubourg, le 22 mars 1896. Malade depuis deux ans, ictère chronique depuis longtemps. Foie et vésicule biliaire augmentés de volume. Diagnostic : oblitération du cholédoque par calcul ou tumeur.

Laparotomie médiane le 26 mars, on trouve une tumeur dans le voisinage du duodénum, oblitérant complètement le cholédoque. Cholécystentérostomie avec un tube représentant le n° 3. Morte d'épuisement six jours après ; à l'autopsie, pas de traces de péritonite ; les sutures ont bien tenu, les adhérences sont parfaites, *le tube est encore en place.*

Obs. II. *Gastro-entérostomie.* — Jean M., 45 ans, cultivateur, entré dans le service du Dr Dubourg, le 25 juin 1896. Signes classiques du cancer du pylore.

Opération le 1er juillet, avec le tube n° 5. — Pansement au collodion et glace sur le ventre, un seul vomissement le deuxième jour ; n'a plus vomi depuis. Sorti le 25 juillet, ayant augmenté de 1 kil. 500. Nouvelles bonnes depuis ; le tube de caoutchouc n'a pas été retrouvé dans les selles.

Obs. III. — X..., âgé de 45 ans, cancer du pylore, entré dans le service du professeur Demons, qui pratiqua la gastro-entérostomie le 8 août 1896, avec un tube n° 5, suivant le procédé déjà indiqué. Pas de vomissements depuis l'opération, suite excellente. Le malade rentre chez lui le 25 août, il vomissait abondamment tous les jours avan l'opération.

Obs. IV. — Pierre C., 47 ans, cultivateur, entré dans le service du professeur Demons, le 27 septembre 1896 pour cancer du pylore, a été opéré par le professeur agrégé, Binaud, le 13 octobre 1896. Gastro-entésostomie avec le tube n° 6. Suites bonnes jusqu'à aujourd'hui, pas de vomissements le jour, ni le lendemain de l'opération.

Le procédé que je préconise n'est pas une nouveauté. Le professeur Terrier, au cours d'une cholécystentérostomie, et pour assurer la communication cholécysto-intestinale, avait placé un bout de drain en caoutchouc rouge dans la double ouverture de

la vésicule et du duodénum (*Acad. de médecine*, 29 octobre 1889). Le drain fut expulsé, en quelque sorte digéré, le septième jour. Gusrison.

Plus tard, Maya Robson a employé, pour la gastro-entérostomie, des tubes en os décalcifié, en forme de bobine (*Semaine médicale*, décembre 1892, n° 61).

Mais je n'ai pas connaissance que l'emploi de ces moyens se soit généralisé au delà de quelques tentatives isolées. Ma courte communication n'a d'autre but que d'apporter un contingent sérieux en faveur d'un procédé qui me paraît pouvoir lutter avantageusement avec toute la série de *boutons anatomatiques* qu'on invente ou perfectionne tous les jours.

Voici maintenant l'état actuel de nos opérés :

Le premier en date (obs. II), opéré par moi le 1er juillet, continue à se bien porter. Il ne vomit pas, à condition de s'entretenir à une nourriture légère: potage, lait, œufs, purées, viandes blanches, poissons frais. Aucune douleur, mais il n'a pas augmenté de poids depuis son départ de l'hôpital et reste toujours jaune et maigre (nouvelles du 21 octobre).

L'opéré de M. Demons (obs. III) a repris son métier de bourrelier ; il s'alimente bien, ne vomit pas, n'éprouve plus aucune douleur, pas de nouvelles de son tube, pas plus que pour mon premier opéré.

L'opéré de Binaud (obs. IV), du 13 octobre, est aujourd'hui à son dixième jour. Il n'a pas eu un vomissement, commence à s'alimenter avec du lait et des œufs. A eu trois garde-robes régulières dans lesquelles on n'a pas retrouvé le tube. Etat du ventre, très bon. On n'a pas encore touché au pansement.

IV. — *Présentation de catguts stérilisés à l'autoclave dans l'huile* (méthode de Richert),

Par M. CHAPUT.

Le catgut qui provient comme on le sait, de l'intestin du mouton est essentiellement septique à l'état brut.

Il est donc indispensable de le stériliser par les méthodes absolues, c'est-à-dire par la chaleur; les méthodes chimiques ne procurant qu'une stérilisation relative.

Nous possédons actuellement deux méthodes de stérilisation du catgut par la chaleur, celle de Reverdin et celle de Répin.

La méthode de Reverdin (étuve sèche) est moins satisfaisante que celle de Répin, qui stérilise à 120° dans la vapeur d'alcool.

Mais cette dernière paraît délicate à exécuter, car les catguts Répin qui nous sont fournis par l'Assistance publique sont pour la plupart de mauvaise qualité, surtout mous et cassants. Ajoutons que le procédé est complexe ; il nécessite l'emploi de deux autoclaves inclus l'un dans l'autre, etc.

Sur mes conseils, M. Richert s'est livré à des recherches pour obtenir un moyen de stérilisation du catgut à l'autoclave, qui fut simple et pratique.

Il a imaginé de stériliser le catgut à l'autoclave à 127° dans de l'huile d'amandes douces.

Vous pouvez constater par l'échantillon que je vous présente que ce catgut est parfaitement satisfaisant comme consistance et solidité.

Je joins à cette courte note la technique rédigée par M. Richert.

Catgut stérilisé à l'autoclave à 120° dans l'huile.

Le catgut doit, au préalable, être dégraissé de la manière suivante : il est mis à macérer à plusieurs reprises dans l'éther pendant vingt-quatre heures, jusqu'à ce qu'une goutte de cet éther, versée sur du papier à filtrer blanc, ne laisse plus de tache grasse. On fait évaporer l'éther à l'air libre en mettant les pièces de catgut sur une feuille de coton hydrophile. Lorsqu'il est bien sec, on le porte à 100° pendant une demi-heure chaque fois, à deux reprises différentes, dans l'étuve de Poupinel afin de le priver de toute trace d'humidité, mais en ayant soin de faire monter très lentement la température pour ne pas le rendre cassant.

Il est alors roulé sur des bobines de verre et mis dans les tubes (qui ont été séchés à l'étuve en même temps que lui).

Les tubes sont remplis d'huile d'amandes douces stérilisée à l'air chassé pour éviter un excès de pression intérieure, et enfin mis à l'autoclave avec les précautions d'usage. Il est indispensable de procéder très lentement, mettre une heure pour monter à 100°, pousser alors un peu plus rapidement jusqu'à 1,5 atmosphère, ce qui correspond à 127° et maintenir à cette température pendant quarante minutes. Laisser dans l'autoclave.

Discussion.

M. Richelot. — Ce procédé date de M. Reverdin.

M. Chaput. — Le procédé de M. Reverdin est un procédé de stérilisation sèche.

Présentations de malades.

1° M. Th. Anger présente une malade âgée de 69 ans, qu'il a opérée d'une cataracte de l'œil droit, mercredi, 21 octobre, il y a sept jours. La raison qui m'a décidé à vous présenter cette malade, aujourd'hui guérie, c'est qu'après l'extraction de la cataracte, j'ai lavé la chambre antérieure avec de l'eau aseptique pour enlever les débris du cristallin qui restent dans la chambre antérieure après la sortie du noyau plus solude.

Il y a une dizaine d'années que j'emploie le lavage de la chambre antérieure après l'opération de la cataracte ; je pousse avec une seringue aseptisée un mince filet d'eau dans la chambre antérieure : la canule de la seringue, introduite dans la chambre antérieure, entrouve la plaie cornéenne et le liquide injecté emporte en sortant tous les débris du cristallin. Le nettoyage est parfait et il suffit de quelques secondes pour amener ce résultat. J'ai usé de ce procédé une vingtaine de fois depuis deux ans et vous pouvez constater chez la malade que je vous présente l'excellence de cette façon d'agir.

Discussion.

M. Delens. — La seringue de M. Anger ressemble à celle de Wecker, seulement la courbure de la canule est différente. Je ne crois pas qu'on arrive, avec cette manœuvre, au résultat qu'on poursuit. Au bout de quarante-huit heures, on voit reparaître quelques petits débris.

M. Terrier. — M. le professeur Panas lave la chambre antérieure. A mon point de vue, ce lavage doit être abandonné. On ne voit des débris qu'ultérieurement, le lavage immédiat ne fait donc pas grand'chose.

On risque de plus d'infecter la chambre antérieure.

En outre, si je faisais ce lavage, ce serait avec du sérum artificiel et non avec de l'eau.

M. Brun. — La question du lavage de la chambre antérieure après l'opération de la cataracte a été plusieurs fois discutée à la Société d'ophtalmologie et plusieurs modèles de seringues ont été proposés pour le pratiquer. Chebret, de Clermont-Ferrand, en a fait construire une qui permettrait non seulement d'irriguer la chambre antérieure, mais d'aspirer les masses corticales. Je crois que toutes ces manœuvres ont le grand inconvénient de compliquer inutilement l'opération et je n'y ai jamais recours. Je rejette éga-

ment le lavage tel que l'a préconisé le professeur Panas, pour antiseptiser la chambre antérieure; l'humeur aqueuse étant aseptique, il me paraît beaucoup plus simple, pour ne pas l'infecter, de n'employer, pour l'extraction de la cataracte, que des instruments soigneusement stérilisés.

M. Kirmisson. — Je fais de temps en temps quelques opérations de cataracte. Je joins une observation à celle de M. Brun. Ce lavage peut être mécaniquement et antiseptiquement dangereux. Ce qui importe pour le succès de la cataracte, c'est le modus faciendi dans le temps d'extraction.

M. Th. Anger. — Les injections facilitent beaucoup le nettoyage de la chambre antérieure.

2° M. Nélaton montre un malade opéré d'un polype poropharingien.

Discussion.

M. Quénu. — J'ai, pour combattre préventivement l'hémorrhagie dans un cas analogue et dans des cas de cancer de la langue, fait avec succès la ligature des deux carotides externes. C'est là une pratique que je recommande; elle économise énormément de sang et n'offre aucun inconvénient.

Présentations de pièces.

M. Legueu présente la synoviale du genou d'un malade auquel il a pratiqué l'arthrectomie. Les lésions qu'elle présente consistent dans des végétations innombrables tapissant toute sa surface interne, et répondant à ce que l'on a décrit sous le nom de lipôme arborescent.

M. Tuffier présente une pièce provenant d'*anévrysme poplité traité par l'extirpation.*

Les anévrysmes occupant la moitié inférieure de l'artère poplitée et se développant dans le mollet sont les plus graves parce qu'ils se compliquent fréquemment de gangrène du membre inférieur. L'anatomie explique ces faits, que la clinique a dès longtemps constatés. Quel que soit le mode opératoire appliqué, ligature à distance

ou extirpation du sac, les résultats actuels sont sensiblement égaux devant cette redoutable complication. J'ai pensé que la compression *digitale intermittente* de la fémorale, pratiquée pendant plusieurs séances avant l'opération, favoriserait le développement de la circulation collatérale et diminuerait d'autant les chances de gangrène. Comme cette manœuvre n'est passible d'aucun reproche puisque contrairement à la compression instrumentale, elle est inoffensive pour l'artère toujours friable dans les anévrysmes, je crois bon de la recommander.

Quant à la méthode employée dans ce cas, je crois que l'extirpation du sac a été particulièrement indiquée parce que : 1° les branches du nerf sciatique étaient intimement accolées et incrustées dans ses parois, que des accidents cliniques de névrite étaient manifestes; 2° les branches qui se rendaient dans le sac étaient nombreuses et perméables — nous savons que la coagulation se fait alors plus difficilement. La dissection du sac a été faite directement sans application de la bande d'Esmarch et sans compression de la fémorale.

W... 49 ans, entre le 8 octobre 1896, n° 3, au service de M. Tuffier à la maison Dubois. C'est un homme fort, bien musclé, très vigoureux, et qui n'a d'autre passé pathologique qu'une syphilis contractée il y a quinze ans; il fut traité.

Les accidents qui l'amènent à l'hôpital ont débuté, il y a deux mois par une douleur progressivement croissante dans le genou droit. Cette douleur s'accentuait par la marche et s'accompagnait de fourmillements, et d'engourdissements dans la jambe et le bord externe du pied correspondant. Il s'aperçut en même temps qu'il portait dans le jarret une tumeur qu'il vit s'accroître dans les semaines suivantes.

A son entrée, le genou était normal, le mollet droit paraissait plus volumineux que celui du côté gauche; dans le creux poplité on voyait une tuméfaction occupant sa partie inférieure et se perdant à la partie supérieure de la jambe. A la palpation on limite facilement une tumeur qui, en haut, ne dépasse pas la partie moyenne du losange poplité pour se perdre diffuse en bas dans le mollet. Cette tumeur est tendue, réductible, lisse et bien limitée en haut. Elle présente les pulsations et l'expansion caractéristiques. On n'entend pas de bruit de soufflet bien net à son intérieur. Les battements cessent par la compression de la fémorale.

Les mouvements de l'articulation sont normaux, le malade marche sans boiterie, mais la jambe est lourde et se fatigue vite. La fémorale est indurée dans toute sa hauteur. Depuis plusieurs semaines le malade est soumis au traitement spécifique, iodure et mercure, sans amélioration.

Le siège inférieur de l'anévrysme et l'adhérence fémorale me font prescrire la compression digitale intermittente de l'artère fémorale au

pli de l'aine. 6 séances sont faites par tous les élèves du service pendant dix minutes, et sous la direction de mes internes MM. Dujarier et Mar chais.

Opération le 10 octobre sous l'éthérisation. — Incision longitudinale poplitéc de 18 à 20 centimètres, débordant la tumeur en haut et en bas; section de l'aponévrose et misc à nu de la tumeur au niveau de la partie inférieure du creux poplité et entre les jumeaux qui sont isolés et séparés. Ce nerf sciatique poplité interne et ses branches sont tendus sur le sac qui bat sous nos yeux. Isolément de chaque branche du sciatique qui s'étale dans l'épaisseur du sac. Le nerf est rejeté en dehors et le sac est plus complètement disséqué. En haut, après avoir lié la veine poplitée, j'arrive au fond du creux poplité où j'aborde la partie supérieure du sac et de l'artère, à 2 centimètres au-dessus du sac ; je lie le vaisseau au catgut, et la tumeur ne bat plus; j'isole et je lie successivement 4 grosses collatérales qui venaient se jeter dans le sac. Ce dernier est difficile à disséquer à sa partie inférieure où il se prolonge presque à l'anneau du soléaire; ligature au catgut, isolement de la face profonde du sac et ablation. Le nerf a été respecté et le malade n'a pas perdu de sang. Réunion de l'aponévrose, puis de la peau. La tumeur enlevée à le volume d'une orange, sa paroi est mince en arrière, elle contient des caillots mous noirâtres et peu de dépôts fibrineux, la paroi du sac a 2 à 3 millimètres d'épaisseur.

Les suites opératoires immédiates et tardives sont nulles; le pied n'a même pas été œdématié; le 16, les fils sont enlevés; la réunion est parfaitc; le malade est remis au traitement spécifique. Le 25 il commence à se lever et le 28 il quitte le service en marchant parfaitement, sans douleur et sans la moindre boiterie.

La pièce examinée se compose d'un sac très mince à la partie antérieure et ne contenant là que des caillots passifs très épais à la partie postérieure où elle est doublée de caillots actifs adhérents blancs et ayant 1 centimètre et demi d'épaisseur, les collatérables sont perméables.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

QUÉNU.

Séance du 4 novembre 1896.

Présidence de M. CH. MONOD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. le Dr COROMILAS, qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger ;

3° Trois mémoires manuscrits ponr le prix Laborie. L'un avec devise : *fac et spera;* le deuxième avec la devise : *vitam impedere vero;* et le troisième avec la devise : *age quod agis.*

Communication.

De l'extirpation sacro-abdominale du rectum cancéreux en deux temps.

Par M. QUÉNU, chirurgien de l'hôpital Cochin.

J'ai l'honneur de vous présenter une méthode d'extirpation du rectum qui me paraît réaliser les conditions d'asepsie qui manquent à tous les procédés d'exérèse rectale. Mon opération doit se faire en deux temps ; je n'ai exécuté que le premier chez mon opérée, il me paraît être le plus important, les suites opératoires ont été tellement simples, le procédé me paraît offrir de telles garanties de sécurité que je n'hésite pas à le soumettre de suite à vos critiques, d'autant que la question se rattache à la belle observation publiée dans la dernière séance par notre collègue Bœckel.

La gravité des opérations sur le rectum cancéreux est absolument incontestable : une opération qui, dans les meilleures statistiques, donne une mortalité de 15 ou 20 0/0, ne peut être considérée comme bénigne. Je me suis attaché, dans une série de communi-

cations[1], à défendre cette idée que la désinfection du segment cancéreux est irréalisable et qu'il faut enlever le rectum comme un kyste plein de matière septique, en le fermant à ses deux bouts. C'est dans ce but que j'ai préconisé le premier l'anus iliaque définitif, émettant cette proposition que l'extirpation du bout inférieur jusqu'à l'anus serait idéal.

C'est à la suite de cette publication que M. Gaudier, et plus tard M. Chalot, ont sur le vivant fait leur opération d'extirpation périnéo-abdominale. Leurs opérées ont succombé rapidement, dans les deux cas on a accusé l'urémie. Or, les chirurgiens avaient opéré par voie combinée, c'est-à-dire par une laparatomie combinée à une opération périnéale, tous deux commencèrent par la laparatomie, accomplirent ensuite, dans la même séance, le temps périnéal.

J'estime que ces changements de voie rendent presque impossible l'asepsie opératoire ; or, c'est l'asepsie presque absolue qu'il faut rechercher. J'ai donc pensé qu'il y avait tout avantage à dédoubler l'opération, à l'exécuter en deux temps, en laissant, entre ces temps, une semaine d'intervalle et j'ai adopté le plan suivant :

1° Créer un anus contre nature médian en sectionnant complètement l'anse oméga, en ayant soin de n'ouvrir cet anus que vingt-quatre ou quarante-huit heures après ;

2° Amorcer par en haut l'extirpation du rectum, en séparant le bout inférieur de ses attaches mésentériques, en l'invaginant, préalablement fermé, dans le rectum et en oblitérant en cul-de-sac, par une triple rangée de sutures, l'extrémité supérieure du rectum.

Voilà pour le premier temps. Dans le deuxième temps, extirper le rectum clos à ses deux extrémités, par la voie sacro-périnéale et réunir par première intention.

L'exécution opératoire de mon premier temps a quelques points communs avec l'opération de M. Chalot : telle surtout l'invagination du bout inférieur. Mais je n'ai pas pris la peine de faire une ligature spéciale des vaisseaux hémorrhoïdaux supérieurs et j'ai eu recours à l'incision médiane de la paroi abdominale.

Voici, du reste, dans tous ses détails, l'opération telle qu'elle a été accomplie chez une femme d'une cinquantaine d'années, il y a six jours.

La malade ayant été placée sur un plan incliné de Peraire (après la préparation ordinaire des laparotomies, mais sans purgation préalable), une incision médiane est conduite du pubis à quelques centimètres de

[1] *Presse médicale*, 1895.

l'ombilic. Mon premier soin est d'aller explorer la région hypogastrique de chaque côté et de rechercher s'il existe des ganglions pelviens latéraux. Je n'en découvre pas.

Les parois étant protégées par des compresses, l'anse oméga est attirée au dehors du ventre et, par transparence, je choisis un point où il n'existe pas de vaisseaux pour y faire une incision.

Le long du bord adhérent de l'intestin, j'agrandis transversalement l'incision de chaque côté, de manière à faire un T, après placement de pinces américaines ; dans cette trouée mésentérique, je passe une large mèche de gaze iodoformée ; j'isole encore mieux mon anse oméga des parties voisines; alors je place une ligature élastique faite d'un petit cordonnet plein, à 6 ou 8 centimètres plus bas, et, après avoir exprimé de haut en bas l'anse intestinale, je place une deuxième ligature élastique; au-dessous d'elle j'avais noué une grosse soie de sûreté, dans le cas où une ligature élastique aurait glissé. Ensuite, je sectionne à 2 centimètres au-dessous de ma ligature supérieure à l'aide du thermocautère. Je stérilise minutieusement le bout supérieur par le feu, en donnant une teinte rôtie à toute la muqueuse et à sa tranche ; avec une pince à griffe et le thermo, j'excise 3 ou 4 centimètres du bout inférieur, et mon moignon du bout inférieur, ramené ainsi à de courtes dimensions, a sa muqueuse rôtie et stérilisée comme précédemment. Le bout supérieur est de suite coiffé (après un léger dégagement de son attache) d'un manchon de gaze iodoformée. Peut-être serait-il bon d'avoir une petite coiffe de caoutchouc, comme celles qui servent à boucher les flacons et qu'on pourrait serrer avec un fil de soie. Ce bout supérieur est saisi avec une longue pince à traction, recouvert encore d'une compresse stérilisée et mis à l'écart dans le haut de la plaie. Alors commence la libération du bout inférieur, libération qu'on doit pousser le plus loin possible puisque, comme je le disais en commençant, elle doit servir d'amorce à l'extirpation. Le mésentère est coupé entre les pinces placées successivement de haut en bas, puis les pinces sont remplacées par des ligatures à la soie. Reste à invaginer le bout inférieur, toujours muni de sa ligature élastique, dans le rectum : une première, puis une deuxième rangée de fils, passés à la Lembert, nous donnent une sorte de cœcum dont le niveau est un peu au-dessous du fond de l'utérus. Le bout supérieur est repris; son péritoine est fixé au péritoine pariétal et la paroi abdominale fermée complètement. La durée totale a été de une heure un quart.

Les suites ont été extrêmement bénignes. Le facies est resté celui d'une malade qui n'a pas subi d'opération : la température est restée à 37°, le pouls n'a monté que le surlendemain, à cause du ballonnement mécanique causé par la rétention des gaz. Une ponction au thermocautère du bout supérieur, au-dessus de la ligature élastique, et le maintien dans ce bout d'un drain traversant la flanelle, afin de ne pas souiller le pansement, ont fait disparaître et l'agitation du pouls et le ballonnement. Une garde-robe a été obtenue le troisième jour avec un verre de limonade, et la malade s'est de suite alimentée. Son état est absolument parfait. La plaie de la paroi abdominale n'a pas été inoculée.

Il me reste le deuxième temps à accomplir. Voici, d'une façon générale, comment je conseillerai d'agir.

Le premier soin doit être de fermer l'anus par un fil de soie passé en bourse, après incision circulaire de la peau, autour de l'orifice anal. Avant de faire l'ouverture sacro-périnéale qui mettra largement à nu la face postérieure du rectum, nous conseillons toujours (et ceci est indépendant du choix du procédé) de commencer par la libération de la face antérieure du rectum. S'il s'agit d'une femme, l'incision longitudinale du vagin en permet le décollement facile avec le doigt ; s'il s'agit d'un homme, on doit, par une incision prérectale, comme dans la taille Nélaton, séparer la face postérieure de la prostate de l'intestin, mais il faut pour cela placer un doigt dans le rectum ; il convient donc ou de faire exécuter ce temps par un assistant, ou, à la rigueur, de recouvrir l'index d'un doigt de gant en caoutchouc. Cette libération facilite énormément l'énucléation du rectum ; si on ne la fait pas tout d'abord, et si on commence par libérer la face postérieure, on se heurte à des contours et à des limites mal déterminées, on risque de crever l'ampoule et tout le bénéfice de l'action aseptique est perdu.

La face antérieure du rectum dégagée, aborder par la voie sacrée la face postérieure ; le doigt contourne aisément les faces latérales et arrive à la face antérieure libre ; les releveurs de l'anus, puis le pédicule hémorrhoïdal moyen sont coupés de chaque côté entre deux pinces : le rectum ne tient plus que par son méso-rectum qui est à notre portée, et est enlevé comme une poche fermée de toutes parts.

Chez notre malade, la situation est plus délicate, parce que la cloison recto-vaginale est prise ; il va falloir, comme premier acte, ouvrir le cul-de-sac postérieur et enlever avec le rectum toute la paroi postérieure du vagin. La séparation de la plaie sera de ce chef plus difficile, mais il est certain que nous agirons dans un milieu dépourvu de toute septicité, et, à cause de cela, nous espérons réussir ; il n'est pas nécessaire d'insister sur ce fait que les ganglions latéraux étant démontrés sains, les ganglions postérieurs, c'est-à-dire les ganglions sacrés, seront par cette méthode entraînés avec le rectum.

Si des faits ultérieurs venaient confirmer nos espérances, il n'est pas douteux que les limites de l'action chirurgicale sur le rectum seraient de beaucoup reculées et peut-être arriverait-il que, même pour les cas de cancer, on vît les malades et le chirurgien consentir à rayer d'un anus iliaque définitif une diminution des risques immédiats, et une sécurité plus grande contre la récidive.

Suite de la discussion sur les otites.

M. Brun. — A propos de l'intéressante communication de M. Broca sur les complications intra-craniennes des otites, je désire communiquer à la Société quelques faits de cet ordre qui viennent à l'appui de l'opinion formulée par notre collègue.

Il ne me paraît pas douteux, tout d'abord, que la mort ne soit souvent la terminaison brusque et inattendue d'une otorrhée ancienne, mal soignée ou absolument négligée, en raison de son peu d'importance. Pour ne parler que des cas récemment observés dans mon service et qui viennent confirmer cette opinion, je relève, depuis le 1er janvier de cette année, quatre observations : deux observations d'abcès encéphaliques terminés par la mort ; un cas de thrombose du sinus latéral, également mortel; et un cas de pseudo-méningite à allures inquiétantes qui a guéri après opération. Dans ces quatre cas, les accidents ont apparu brusquement chez des enfants de douze, treize et quatorze ans qui, depuis leur enfance, portaient un écoulement d'oreille qui n'était l'objet d'aucun soin ; et il est bien certain que l'apparition des accidents et la mort qui, pour trois d'entre eux, en a été la conséquence, eussent été évitées par un traitement approprié.

En cas d'otite moyenne suppurée avec accidents cérébraux, Broca conseille tout d'abord de trépaner l'apophyse et la caisse, cette opération pouvant, dans certains cas, suffire à la guérison. Je me suis conformé à ce précepte et si j'ai eu, dans un cas, à m'en féliciter, je me suis, une autre fois, repenti d'y avoir obéi.

Il s'agissait, dans le premier cas, d'un garçon de douze ans qui, depuis l'âge de deux ans, avait un écoulement de l'oreille droite. Le 4 juillet de cette année, sans cause apparente, il fut pris de fièvre, de céphalalgie violente avec raideur de la nuque ; la pression sur la mastoïde était très douloureuse, mais il n'existait à ce niveau ni empâtement ni rougeur. Un de nos collègues du Bureau central, appelé d'urgence, jugea nécessaire la trépanation de l'apophyse, la pratiqua séance tenante et donna issue à une certaine quantité de pus verdâtre. Les accidents cérébraux ayant persisté, malgré cette première intervention, je voulus, avant d'ouvrir le crâne, mettre largement à nu la cavité de la caisse. Mon intervention fut suivie d'un plein succès : la céphalalgie, la fièvre et le délire cessèrent brusquement et la guérison est aujourd'hui complète.

Ma seconde malade était une fillette de treize ans et demi qui m'était envoyée sans renseignements précis. Elle était dans un demi-coma, se plaignait de la tête, ne vomissait pas. La tempéra-

ture oscillait autour de 38, mais son pouls était manifestement ralenti. Il existait, derrière l'oreille droite, un trajet fistuleux et la pression sur l'apophyse était douloureuse. Je soupçonnai un abcès du cerveau, mais je crus devoir tout d'abord trépaner l'apophyse et la caisse, me réservant de pénétrer dans le crâne, si cette première opération était insuffisante. Malheureusement, vingt-quatre heures après mon intervention, ma malade était morte et j'eus d'autant plus de regret de n'avoir pas d'emblée été à la recherche de l'abcès que je soupçonnais, que, répétant sur le cadavre l'opération que j'aurais dû faire sur le vivant, je pénétrai à ma troisième ponction dans une collection purulente du lobe temporo-sphénoïdal.

Je ne veux nullement, à propos de ce fait malheureux, m'élever contre le précepte formulé par Broca, et je m'y conformerai encore lorsque je me trouverai en présence de symptômes pouvant faire penser à la méningite ; mais je passerai outre lorsque je constaterai chez mes malades ce demi-coma et ce ralentissement du pouls qui me paraissent le mieux caractériser les abcès encéphaliques.

Ce sont ces deux symptômes qui m'ont permis de porter un diagnostic exact chez une autre fillette, de douze ans, qui était admise dans mon service, le 12 mai 1896, et dont l'histoire peut se résumer en peu de mots. Ecoulement d'oreille remontant à l'enfance et négligé. Quelques jours avant l'entrée à l'hôpital, céphalalgie violente, vomissements, fièvre. La trépanation de la mastoïde n'ayant en rien modifié les accidents, la malade ne sortant pas d'une somnolence continue, le pouls étant très ralenti, je diagnostique un abcès du cerveau, et vais à sa recherche. Le crâne est ouvert en faisant sauter la voûte de l'aditus et, la dure-mère incisée, je pénètre, à ma première ponction, dans un abcès contenant un verre à bordeaux de pus verdâtre et fétide. Malheureusement, les accidents persistèrent et l'autopsie me révéla la raison de mon insuccès en montrant, dans le lobe correspondant du cervelet, un second abcès qu'aucun signe spécial ne m'avait permis de soupçonner.

Dans la seconde partie de sa communication, Broca s'est surtout attaché à démontrer que le meilleur procédé opératoire à mettre en œuvre pour aborder le sinus, le cerveau ou le cervelet, consistait à se servir de la voie déjà ouverte par la trépanation de l'apophyse et de la caisse. Au sujet de l'ouverture du sinus, la chose est indiscutable, et il suffit d'un coup de gouge ou de ciseau bien appliqué pour pénétrer dans son intérieur. Pour l'ouverture des abcès du lobe temporo-sphénoïdal, je crois encore la voie mastoïdienne préférable à toute autre. Elle est facile et permet d'explorer, avant d'ouvrir la dure-mère, la face supérieure du rocher. Elle a, en

outre, l'avantage de mettre à nu la partie la plus inférieure du lobe temporo-sphénoïdal, celle où, le plus souvent, siègent les abcès.

Je ferai quelques réserves au sujet de l'ouverture des abcès cérébelleux. En trépanant en avant et en dedans du sinus, il me semble que l'on ne peut agir que sur une partie bien restreinte du lobe cérébelleux, et, jusqu'à plus ample informé, je serais porté à trépaner de préférence sur le milieu de la ligne mastoïdo-protubérantielle.

M. Broca. — Je remercie M. Brun de l'appui qu'il vient d'apporter à mes opinions, et cela d'autant plus que sur un point le léger désaccord qu'il accuse, n'existe pas. J'ai parlé ici exclusivement de médecine opératoire et j'ai posé en aphorisme que, dans les cas dont je m'occupais, l'apophyse et la caisse devaient avoir été d'abord ouvertes, mais je n'ai pas parlé du moment, immédiat ou retardé, où l'on devait ouvrir le crâne. Or, dans mes diverses publications sur ce sujet, j'ai conseillé un délai de vingt-quatre à quarante-huit heures pour les cas où l'on ne peut établir un diagnostic ferme; quand on diagnostique, quand on soupçonne seulement un abcès, une thrombose, on doit y aller tout droit et tout de suite; le retard est de mise pour les accidents mal déterminés, lorsqu'une pseudo-méningite est admissible, et sur ce point je suis heureux que M. Brun nous apporte un fait confirmatif. J'insiste, avec M. Brun, sur la valeur diagnostique de la somnolence et du ralentissement du pouls.

M. Brun a dit qu'il ne viendra à l'idée de personne d'ouvrir le tissu indépendamment de l'autre. Je ne sais pas si cela viendra, mais je sais que cela est déjà venu. Je n'ai pas nommé les auteurs qui ont commis cette erreur, que je crois capitale, mais ils existent.

Notre seul désaccord, et encore est-il léger, porte donc sur les abcès cérébelleux. Or, malgré les objections théoriques de M. Brun, je garde mon opinion, théorique également puisque je n'ai pas eu à opérer d'abcès térébelleux. Ces abcès sont d'ordinaire contre la face pétreuse du cervelet; mieux vaut donc explorer cette face, même étroitement, que d'explorer largement la face occipitale. En second lieu, ces abcès sont presque toujours impossibles à bien localiser, et un des cas de M. Brun le prouve : après avoir exploré le cerveau, faut-il pratiquer une seconde trépanation ou, même au risque d'avoir un accès un peu étroit, aller au cervelet au prix d'un simple coup de sonde ? Le second procédé me séduit certainement plus. Et, ce qui m'y encourage, c'est l'examen des faits publiés par divers auteurs : les opérations par voie mastoïde pétreuse ont incontestablement fourni de meilleurs résultats que la trépanation

par voie occipitale, et en lisant les observations du livre si important de Macewen, on constate que cet auteur a de plus en plus tendance à agir par la voie mastoïdienne.

Communication.

Sur le prolapsus du rectum.

Par M. NÉLATON.

M. NÉLATON. — Mécontent des résultats obtenus par les diverses opérations préconisées jusqu'à ce jour contre le prolapsus du rectum, j'ai essayé ce matin même d'un procédé qui pourra peut-être donner un bon résultat. Avant d'imposer ce procédé, permettez-moi de vous dire en deux mots ce qu'était le cas que j'ai opéré.

Il s'agissait d'un homme de 60 ans, atteint de prolapsus rectal à la suite d'une opération de fistule à l'anus. Le rectum était prolabé et l'étendue du prolapsus mesurait 2 centimètres, mesurés du pourtour de l'orifice anal au point culminant de la tumeur. Chez cet homme, les tissus étaient flasques et le périnée n'avait aucune résistance.

Je pensai que l'excision pure et simple du prolapsus ne me donnerait pas de résultat, parce que je l'ai déjà faite et vue faire plusieurs fois et que j'ai toujours vu la récidive survenir. Or, cette récidive est due, selon moi, à ce que l'anse oméga (partie flottante de l'intestin) se prolabe lorsque le rectum est excité. De là mon idée de supprimer l'anse oméga, de façon à éviter la récidive du prolapsus. Pour arriver à ce résultat, voici ce que j'ai fait :

Dans un premier temps, je pratique la laparotomie, je découvre facilement l'anse oméga et sur son mésantère, ainsi que sur le mésorectum, je place une série de ligatures qui me permettent de couper sans hémorrhagies ces mésantères. A la suite de cette suture, je referme le ventre.

Dans un deuxième temps, j'excise le prolapsus et, pour ce faire, je fais une incision circulaire à 1 centimètre de l'anus, j'entre par conséquent dans le péritoine et j'attire au dehors la grande partie de l'anse oméga. Je sectionne cette portion de l'intestin, retranchant 26 centimètres environ de l'extrémité inférieure de l'intestin et je suture le segment supérieur de cette section à la peau de l'anus, de cette façon il n'y a plus d'anse oméga et l'intestin se dirige directement de la partie terminale du côlon descendant à l'anus. J'espère qu'à la suite de cette intervention, je n'aurai pas de récidive.

Discussion.

M. Félizet. — C'est peut-être parce que je connais moins bien le prolapsus du rectum chez l'adulte, mais je n'ai pas bien compris la nécessité de l'opération préalable : laparotomie, libération du meso de l'anse oméga que M. Nélaton nous a décrite.

Chez l'enfant, le prolapsus rectal est un accident très fréquent, et je dois dire que, dans l'immense majorité des cas, il ne comporte l'indication d'aucune opération radicale sur l'intestin.

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il nécessite une intervention.

Le prolapsus, dans sa forme ordinaire, survient chez les enfants affaiblis. C'est souvent à la suite d'une maladie infectieuse qu'il se déclare et, dans ce cas, la faiblesse du sphincter anal est le point essentiel de la maladie, il est rare que les réductions répétées et le rétablissement des forces ne procurent pas, plus ou moins tôt, la guérison. Je ne parle que pour mémoire des prolapsus causés par la toux et les efforts, chez les enfants atteints du polype du rectum ou de calculs vésical, prolapsus que la guérison de la cause fait disparaître en quelques jours.

Mais il y a des cas dans lesquels l'intestin en éversion s'est modifié à la longue, et semble avoir perdu, comme on dit, droit de cité dans l'abdomen, la réduction difficile, souvent incomplète, provoque une violente douleur et ne se maintient pas.

C'est alors qu'il est indiqué d'intervenir. A ce propos, il est bon de savoir que chez le tout jeune enfant, la portion terminale du gros intestin présente parfois une longueur anormale, sorte d'exagération du développement. Cette particularité n'avait pas échappé à nos maîtres et nous savons qu'on a proposé de pratiquer la côlotomie iliaque au-dessous du flanc droit.

Quelle que soit la cause de ce prolapsus, l'indication est de retrancher ce qui dépasse et l'opération est d'une extraordinaire simplicité.

La vessie étant préalablement explorée, vidée et mise hors de de cause, on saisit au ras de l'anus le rectum prolabé, on l'attire au besoin et on le maintient avec une pince de Richelot, modérément serrée ; à 1 centimètre au-dessous, on excise le cylindre d'un seul coup. Quatre anses de soie, passées aux quatre points cardinaux du moignon, fixent le rectum et permettent de retirer la pince.

Une série de sutures séro-séreuses, à points séparés, fait le tour des bords de la section. Les choses restent en place sous un pansement humide antiseptique. Le lendemain, le troisième jour au plus tard, la réduction s'est faite spontanément, au besoin une petite pression suffit pour la réaliser.

J'ai fait cinq fois cette opération et les suites en ont été très simples. La portion réséquée a été examinée soigneusement ; voici en quoi elle est intéressante :

Outre les lésions communes du plegmon chronique, ont a constaté deux fois les lésions suivantes : hypertrophie de l'élément musculaire, hypertrophie de la muqueuse, augmentation du nombre et du volume des glandes, enfin des lésions se rapportant à du lymphadénome diffus.

Nous pouvons nous demander si ces lésions sont l'effet de l'irritation produite par l'exposition à l'air et par l'étranglement, ou si elles ne seraient pas, avec la longueur anormale de l'S iliaque, la cause même du prolapsus, le ténesme ayant chassé un segment irrité ou malade, à la façon dont il agit dans le cas des polypes ou des tumeurs de la muqueuse rectale.

Quoi qu'il en soit, dans les cas que j'ai opérés, il m'a toujours semblé que le prolapsus était porté au maximum, s'il ne s'accentuait pas, c'est que le rectum était retenu, il était retenu par la fixité du côlon descendant ; je suppose dans ces cas que l'opération préalable, telle que M. Nélaton l'a pratiquée à son malade adulte, n'était pas nécessaire.

Le prolapsus opéré comme je l'ai décrit ne s'est pas reproduit, j'ai revu il y a quelques mois un de mes opérés d'il y a cinq ans. Il y a donc, pour le prolapsus rectal, des conditions pathogéniques, des circonstances anatomiques et des indications opératoires très différentes suivant l'âge. Si, chez l'adulte, l'opération radicale peut être en quelque sorte la règle, elle est une nécessité d'exception chez l'enfant, et elle se présente dans des conditions de simplicité et d'innocuité que j'ai cru bon de signaler.

M. Nélaton. — Je crois en effet qu'il ne faut pas confondre les prolapsus de l'enfant et de l'adulte. La cause chez mon malade âgé de 60 ans est la sensibilité et l'affaissement des tissus.

Présentation de malades.

Double pied-bot varus équin congénital guéri par l'incision de Phelps et la large arthrotomie médio-tarsienne.

M. Kirmisson. — J'ai l'honneur de vous présenter une fillette de 7 ans et demi, chez laquelle j'ai pratiqué, le 29 juin dernier, une double opération de Phelps avec large arthrotomie médio-

tarsienne pour un double pied-bot varus équin congénital invétéré. Aujourd'hui, quatre mois après l'opération, cette enfant marche parfaitement bien, et l'attitude vicieuse des pieds est corrigée. Mais si je soumets cette malade à votre examen, ce n'est pas pour la vaine satisfaction de produire un nouveau cas de guérison, c'est pour prouver une fois de plus que toutes les méthodes de traitement du pied-bot donnent des insuccès, si le traitement consécutif n'est pas convenablement institué.

En effet, à l'âge de 8 jours, cette enfant a subi une double ténotomie du tendon d'Achille suivie du port d'appareils à tuteurs latéraux; à deux ans, nouvelle ténotomie des deux tendons d'Achille, suivie pendant six mois de l'application d'appareils plâtrés. Un peu plus tard, le résultat n'étant pas encore satisfaisant, troisième ténotomie du côté gauche, puis double redressement à l'aide d'un tarsoclaste ; à ces divers moyens avaient été ajoutés l'électrisation, le massage, et le port d'appareils remontant jusqu'au-dessus du genou.

Ainsi donc, voici une enfant qui a subi successivement 5 ténotomies, une double tarsoclasie instrumentale, qui a porté des appareils, qui a été soumise à l'électrisation et au massage, et qui néanmoins a constamment récidivé. J'ajoute qu'il aurait pu en être de même avec les opérations osseuses, car, trois fois déjà, j'ai dû intervenir par l'arthrotomie médio-tarsienne chez des enfants qui avaient subi antérieurement sans succès l'ablation de l'astragale. Qu'est-ce à dire ? sinon que toutes les méthodes de traitement, sans exception, peuvent donner des insuccès, en dehors d'un traitement consécutif bien conduit. L'opération de Phelps, pas plus que les autres, ne saurait se soustraire à cette impérieuse nécessité. Dans sa communication récente au Congrès de chirurgie, M. Phocas dit que si l'opération de Phelps a donné entre mes mains des résultats, que d'autres chirurgiens n'ont pas obtenus, cela tient au soin que j'apporte au traitement consécutif. Pour ma part, je ne vois pas là une objection contre la méthode ; ce que j'ai fait, tous mes collègues peuvent le faire; il n'y a là rien de si difficile; mais, je le répète, quelque soit le procédé auquel vous ayez recours, vous aurez des échecs, si vous n'apportez pas la plus grande attention au traitement consécutif.

Je profiterai de la présence de cette enfant au milieu de nous pour faire remarquer qu'elle porte, en même temps qu'un double pied-bot, une double luxation congénitale de la hanche et, cependant, à part la projection du ventre en avant et un léger balancement du corps, la marche chez elle s'effectue sans difficulté. Cela prouve une fois de plus combien il est nécessaire d'étudier l'état fonctionnel des malades avant toute intervention, quand on veut

juger sainement les tentatives chirurgicales entreprises contre cet ordre de difformités.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
QUÉNU.

Séance du 11 novembre 1896.

Présidence de M. CH. MONOD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. POZZI, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

3° Deux mémoires, déposés déjà depuis plusieurs mois, pour le prix Laborie, et inscrits sous la rubrique : *In tenui labor.*

A propos du procès-verbal.

M. QUÉNU. — J'ai mis à exécution le second temps de l'opération dont j'avais donné la description dans la dernière séance. Voici les pièces enlevées en bloc, elles comprennent : 1° Tout le rectum avec son atmosphère cellulo-ganglionnaire, et la moitié de l'anse oméga; 2° la paroi postérieure et les parois latérales du vagin; 3° toute l'épaisseur de la cloison recto-vaginale; la vulve seule a été conservée; la malade, opérée le 6 novembre, est dans un état très satisfaisant [1].

Voici comment j'ai procédé. S'il ne s'était agi que du rectum,

[1] A la date du 18 novembre la cicatrisation est en assez bonne voie pour nous permettre d'affirmer la guérison.

l'opération eût été d'une facilité extrême ; l'isolement du vagin nous a pris le plus de temps et nous a créé de grosses difficultés d'hémostase. Après avoir détaché les attaches latérales aux branches ischio-pubiennes, j'ai incisé transversalement la paroi postérieure du vagin, à 2 centimètres en avant de son insertion sur le col utérin et j'ai décollé et repoussé en haut le péritoine le plus loin possible. Ayant alors circonscrit l'anus par une incision circulaire, j'ai passé une ligature élastique tout autour, thermocautérisé la peau de la marge et j'ai ainsi transformé mon rectum en un kyste clos à ses deux bouts.

Pour extirper ce kyste, j'ai fait l'incision postérieure médiane en T, j'ai fendu le coccyx et l'extrémité inférieure du sacrum de la même façon ; les deux valves osseuses étant écartées, j'ai dénudé le rectum et bientôt j'ai atteint l'extrémité du cœcum supérieur. Malheureusement, ma fermeture n'ayant pas été parfaite, le bout était bien clos, mais il s'était formé à son contact un petit abcès pouvant renfermer deux cuillerées à café de pus, il y eut quelques éclaboussures. Le rectum descendit facilement en se décollant de son péritoine qui ne fut pas ouvert ; sur la pièce, on voit que toute la face antérieure de la portion péritonéale du rectum est privée de séreux et que les fibres musculaires sont à nu. Bientôt on s'aperçut que le rectum ne tenait plus qu'en arrière par deux petites cordes vasculaires dénudées et isolées d'elles-mêmes par la simple traction exercée. Deux pinces furent placées sur les terminaisons de la mésentérique et la pièce enlevée. La seule réparation que je pus faire pour le vagin, fut de recoudre en gouttière la paroi antérieure sur le restant et de rabattre, en la suturant avec la peau du périnée, la vulve qui avait été détachée et relevée sur le pubis. L'immense cavité résultant de cette exérèse fut comblée avec de la gaze stérilisée simple, de la gaze iodoformée fut seulement placée en dehors par-dessus le tout.

Quelques points de suture furent faits en arrière de l'orifice cutané. Les suites ont été assez simples. Un énorme suintement a nécessité deux pansements par jour. Aujourd'hui une partie importante de la vaste plaie est comblée.

L'idéal eût été d'obtenir un accollement par première intention, on aurait pu oblitérer sans la souillure occasionnée par le petit abcès du bout rectal. Une meilleure fermeture de ce bout et des lavages du bout inférieur entre les deux interventions permettraient sans doute d'obtenir une asepsie presque parfaite. Pour la fermeture, je proposerais le moyen employé par Cabot en Amérique et par Schwartz et moi en France, dans la résection de l'appendice : il consiste à inciser circulairement le péritoine et la couche musculaire longitudinale, puis à décalotter la muqueuse revêtue

de la couche musculaire circulaire. On lie celle-ci à la base de la manchette retroussée, on rabat la manchette qu'on ferme en bourse et on termine en invaginant cette bourse et en suturant à la Lembert.

Suite de la discussion sur le prolapsus du rectum.

M. Bazy. — L'observation qui suit pourrait être intitulée : *Traitement du rein mobile par la résection du plancher périnéal* et j'aurai d'autant plus de raisons pour l'intituler ainsi que j'ai pu, dans un autre cas, supprimer les symptômes douloureux dus au rein mobile par une opération analogue : l'élytroraphie antérieure et la colpopérinéoraphie.

Si je publie cette observation à côté de celle de mon ami Nélaton, ce n'est pas pour l'opposer à la sienne, mais bien pour montrer qu'on doit, ici comme ailleurs, obéir aux indications et que les mêmes lésions peuvent comporter des opérations différentes.

Comme on le verra, ce qui m'a paru dominer dans le cas qui a été soumis à mon observation, c'est surtout l'effondrement du plancher périnéal et il m'a semblé que, si je ne remédiais pas à cette lésion, toutes les opérations que je pourrais pratiquer seraient insuffisantes, sinon pour guérir le prolapsus rectal, du moins pour faire disparaître les symptômes de la ptose abdominale que je constatais et dont le rein mobile était la plus expressive manifestation.

Voici au reste cette observation :

Mme Lap... (Catherine), trente-cinq ans, m'est adressée à l'hospice de Bicêtre le 5 février 1894, comme étant atteinte de rein mobile. Les différents moyens appliqués contre ce rein mobile qui donne lieu à des douleurs très vives et, en particulier, les ceintures à pelote, n'ayant donné aucun résultat, on me l'envoie pour que je lui fasse une néphropexie. A au moment de son examen, mon interne qui croyait, d'après le renseignement fourni par le médecin, n'avoir affaire qu'à un rein mobile, ne fut pas médiocrement surpris quand la malade au lieu de son flanc lui présenta l'anus et lui fit voir cette énorme tumeur dont je mets la photographie sous vos yeux.

Comme vous le voyez, c'est un des plus beaux échantillons de prolapsus rectal qu'on puisse voir.

Dans la position où la malade a été photographiée (couchée sur le côté gauche, les cuisses fléchies et couchées transversalement au premier plan de la photographie, le corps en raccourci, perpendiculairement au plan de l'objectif avec la tête au dernier plan), la tumeur paraît presque aussi grosse que cette tête.

En fait, elle mesure 18 centimètres de longueur et 14 centimètres de diamètre.

Elle est un peu ovoïde, peu pédiculée. Vers le sommet de la tumeur, mais en arrière de l'axe longitudinal, on voit un orifice à direction transversale, c'est la lumière du rectum.

La partie antérieure est plus bombée, un peu bosselée, elle est sonore et contient des eaux intestinales prolabées.

La muqueuse est rouge, un peu tomenteuse mais non altérée.

Cette tumeur est assez facilement réductible.

Mais ce qui est encore plus facile et même remarquablement facile, c'est d'introduire la main dans le petit bassin à la suite de la tumeur qui rentre. C'est là un point important. Cette extrême dilatation de l'anus contraste avec l'étroitesse relative de la vulve.

Le sphincter anal est donc considérablement relâché : c'est un des points qui m'ont le plus frappé. C'est cette dilatation qui m'a paru constituer une des indications opératoires les plus importantes.

Il me semble, dès ce moment, que la néphroptose était secondaire, et que c'était au plancher périnéal effondré, absent, à la perte totale de ce soutient qu'il fallait remédier, le reste n'étant qu'accessoire ; c'est ce que je m'efforçai de réaliser, négligeant le rein mobile.

Quoi qu'il en soit, le prolapsus se reproduit avec la plus grande facilité : le plus petit effort, la simple position debout suffisent à la ramener, aussi la malade porte-t-elle constamment une serviette de soutien au périnée.

Il nous a été difficile de connaître la cause de cette déformation. La malade nous dit qu'elle a cette chute depuis l'âge de 17 ou 18 ans, qu'elle n'a jamais osé en parler (et en fait elle n'en avait jamais parlé) à son dernier médecin, à qui elle s'était plainte seulement de douleurs dans les reins, ce qui l'avait conduit à l'examiner et à reconnaître qu'elle avait un rein mobile à droite.

Nous avons aussi constaté l'existence de cette néphroptose, mobile et réductible. En raison du peu d'épaisseur des parois abdominales, il nous a été facile d'en saisir les caractères. Le rein descendait jusque dans la fosse illiaque : on pouvait le sentir et le saisir presque en entier dans la main ; il ne paraissait pas augmenté de volume quoique douloureux. On le réduisait facilement et il disparaissait complètement sous le rebord costal.

J'insiste sur tous ces points parce qu'après l'opération et une fois le résultat opératoire acquis, cette mobilité du rein avait disparu, et il nous a été impossible de le sentir.

Cette opération avait pour but unique la réfection du plancher pelvien.

Elle a consisté en une rectococcypesie et une sphinctérorapie postérieure.

C'est surtout à la sphinctérorapie que j'attache la plus grande importance : il m'a semblé qu'avec un prolapsus énorme comme celui-ci, il fallait surtout s'attacher, non pas tant à soutenir et fixer le rectum qu'à refaire un plancher solide sur lequel les viscères pussent s'appuyer et non passer à travers.

Voici l'opération que j'ai pratiquée et que je copie sur mon registre d'opérations :

Première opération, le 14 février 1894. — Incision contournant les trois cinquièmes postérieurs de l'orifice anal et à 1/2 centimètre de la muqueuse anale de façon à bien voir le sphincter externe dont les fibres sont amincies et dissociées ; du milieu de cette incision part une autre incision médiane qui remonte à 5 centimètres au-dessus du coccyx et passe à gauche de cet os et du sacrum le long du bord gauche.

On dénude le rectum, dont on aperçoit les fibres blanches, jusqu'à 5 centimètres au-dessus de la pointe du coccyx, on l'attire en bas autant qu'on peut et l'on passe 5 points de suture verticaux en prenant 1 c. 1/2 environ du rectum, le doigt étant introduit dans son intérieur pour empêcher l'aiguille de perforer la muqueuse; les fils sont fixés d'autre part à la face antérieure du coccyx et du sacrum. Un de ces points est du côté droit et les quatre autres sont à gauche; ils sont étagés de haut en bas.

Les chefs inférieurs des deux avant-derniers fils au lieu de remonter directement pour se nouer avec le chef supérieur sont d'abord passés transversalement sur une étendue de 3 centimètres environ de façon à retrécir transversalement le rectum.

Les fils sont liés, puis par un surjet au catgut on rapproche les extrémités de l'incision demi-circulaire péri-anale et par suite les extrémités du sphincter. Le surjet est à double étage.

Cela fait, un surjet au catgut affronte plus haut les parties profondes.

Suture de la peau au crin de Florence, sauf au voisinage de l'anus où on continue par des points de catgut.

L'incision mesure maintenant 15 centimètres de long.

Pensement iodoformé. On met de la gaze iodoformée dans le rectum.

Après trois semaines, je remarque que le sphincter anal est encore un peu lâche et je décide de le resserrer par une nouvelle sphinctérorapie.

Deuxième opération, le 12 mars 1894. — Avivement secondaire et sphinctérorapie postérieure. A la suite de la première opération, il était resté à la partie postérieure de l'anus une surface bourgeonnante en forme de croissant. Le sphincter était encore très lâche. On se propose de le retrécir.

Pour cela on gratte à la curette les bourgeons charnus ; aux deux

extrémités du croissant, on incise et on dédouble les bords de l'orifice sur une étendue de 1 c. 1/2 à partir de chacun des coins du croissant.

Après cela, on fait, de même, le long de la ligne médiane à partir de la partie moyenne de ce croissant, une incision médiane et un décollement, de façon à ramener le tissu sur la ligne médiane.

Après, on place les fils transversalement de bas en haut.

Quand la malade quitte l'hôpital elle était en bon état.

A plusieurs reprises, quand elle était couchée et plus tard quand elle a été levée nous avons cherché son rein, il n'était plus perceptible, il n'était plus douloureux ; nous lui avons néanmoins fait porter une sangle, mais elle n'a pas dû la porter longtemps : car j'ai appris que quelque temps après elle accouchait prématurément à six mois et demi ou sept mois.

Quand elle a quitté l'hôpital elle était déjà, paraît-il, enceinte de deux mois, elle s'était bien gardée de nous le dire.

Son sphincter avait résisté aux efforts de cet accouchement.

Le résultat s'est-il maintenu depuis deux ans ? Tout porte à le croire : j'aurais voulu avoir des nouvelles récentes, mais cela m'a été impossible.

Il ne paraît pas s'être produit non plus de prolapsus muqueux, ce que j'attribue à la sphinctéroraphie.

M. Gérard Marchant. — Nous avons entendu la communication de notre collègue Nélaton. Attribuant le prolapsus rectal à un relâchement de l'*anse oméga*, et à une sorte d'invagination de cet anse dans le rectum, il a mobilisé cet anse par une laparotomie, a reséqué ensuite par la voie rectale 26 centimètres d'intestin prolabé, il a suturé la portion la plus élevée du côlon à l'anus, substituant ainsi à l'anse flottante, une portion verticale, immobile, fixée, d'une part, par la coudure du transversale et l'anus.

Si cette pathogénie est exacte, si l'opérée de M. Nélaton guérit sans récidive, notre collègue aura fait avancer d'un grand pas la question du prolapsus rectal, car nous ignorons en effet, absolument, les conditions anatomiques du déplacement rectal.

Ce n'est pas la première fois qu'on incrimine l'anse oméga, et l'S iliaque dans les déplacements rectaux. Verneuil, Jeannot, en pratiquant la colopexie ou la colopexostomie (fixation avec anus iliaque), ont admis cette pathogénie. Nous savons que ces tentatives n'ont pas toujours donné ce qu'elles promettaient. M. Vienne, de Toulouse, nous a envoyé une observation de prolapsus rectal traité par la colopexie, ayant récidivé un mois après cette opération et ayant nécessité une résection de la portion prolabée, suivie cette fois d'un résultat.

J'ai eu à soigner moi-même l'opérée de Verneuil et de M. Jean-

not. Cette malade qui n'avait pas subi moins de neuf opérations depuis l'anus iliaque jusqu'à la résection, on passant par plusieurs mains différentes, s'est présentée dans mon service avec un prolapsus considérable, à travers un périnée couvert de cicatrices, ayant eu pour résultat de rendre l'anus absolument béant. J'ai traité cette malheureuse par la recto-coccypexie, et, si elle a conservé un certain degré de prolapsus muqueux, elle a pu du moins reprendre son état de ménagère.

M. Nélaton a donc bien fait de chercher autre chose que cette fixation, et de pratiquer une résection dans les conditions indiquées.

Mais s'agit-il bien, dans ces cas, d'un prolapsus rectal à proprement parler. N'est-ce pas plutôt une invagination recto-colique, admise par Dupuytren, Nélaton, le père, et réclamant une place à part et une thérapeutique particulière dans l'histoire des prolapsus rectaux.

A côté de ces invaginations intrarectales, il y a deux variétés cliniques sur lesquelles nous sommes d'accord, — je laisse de côté bien entendu *les prolapsus muqueux*.

Voici une femme qui a le périnée absolument flasque, l'anus entr'ouvert, et à travers cette voie ouverte, sans résistance, s'effectue le prolapsus rectal. Le système musculaire et le système fibreux doivent être frappés, dans ces cas-là, de cette sorte de déchéance que nous avons coutume d'invoquer dans la pathogénie des prolapsus génitaux.

Je comprends bien ces détails relatés dans une autopsie faite par Binet (*thèse de Masson*, 1894) où il y avait une hypertrophie de la muqueuse, une laxité très grande du tissu cellulaire sous-muqueux, une élongation et une atrophie des fibres musculaires longitudinales du rectum. Le sphincter externe était dilaté, mais ne paraissait pas dilaté. Le releveur de l'anus était, lui aussi, anémié, atrophié. Le mésorectum et le raphé fibreux médian étaient distendus et allongés. Le cul-de-sac de Douglas était très abaissé, très profond.

La conséquence de ces lésions était l'augmentation de capacité très marquée de l'ampoule rectale.

Prenons un autre type : il s'agit d'un homme jeune, vigoureux, dont le périnée est intact, résistant, la paroi abdominale puissante, et cependant, à chaque garde-robe, il sent un énorme boudin rectal, qui met plusieurs heures à rentrer.

C'est dans ces cas que vous trouverez une hypertrophie de toutes cliniques de l'intestin, et principalement de la couche musculaire. Joignez à cela des phénomènes inflammatoires primitifs ou secondaires qui jouent un rôle dans la pathogénie (autopsie de Fischl).

Pour traduire ces deux états, j'avais dit (*thèse de Soulié*) qu'il y avait des *prolapsus de faiblesse* et des *prolapsus de force*. Ce mot si vieux n'est pas fort fortuné, et cependant je vous demande de le maintenir, car il répond à la réalité des faits cliniques.

La caractéristique anatomique de ces autopsies est la *dilatation enorme de l'ampoule rectale*, admise d'ailleurs en France par Duret et, à l'étranger, par les Américains, (Roberts et Bell).

C'est en considération de cette pathogénie que j'ai été amené à proposer l'opération de rétrécissement de l'ampoule rectale, et la fixation de cette portion ainsi retrécie, en hauteur et en largeur au plan résistant sur son coccygien.

Cette opération de recto-coccypexie a fait ses preuves : mon excellent ami et collègue, M. Bazy, vient de vous communiquer un fait heureux.

M. Chapuis vous a envoyé deux observations que je consigne ici ; j'ai moi-même, depuis la thèse de Soulié, pratiqué trois fois cette opération *avec succès*, une fois dans le service de M. Humod, une autre fois dans le service de M. Périer, avec l'aide de notre collègue Rochard.

Chute du rectum ; Coccyrectopexie, par le procédé de M. Gérard Marchant [1].

D..., soldat au 5e bataillon d'Afrique est évacué de Biskra sur l'hôpital militaire de Batna atteint de prolapsus du rectum. — Le malade est âgé de 22 ans et est de bonne constitution, n'a jamais eu de maladie antérieure et déclare être atteint de son prolapsus depuis le bas âge.

D... est examiné le 3 mars 1894. Anus large, quasi béant, au fond d'un véritable infundibulum recevant l'index très facilement. Le moindre effort fait saillir la tumeur rectale. Nous ordonnons au malade de faire des efforts, comme pour aller à la selle, nous voyons alors le prolapsus atteindre une longueur de 8 centimètres. — Il est facilement réduit. La tumeur rectale paraît comprendre toutes les tuniques de l'intestin. La muqueuse rectale, un peu violacée, d'un bon aspect, ne présente pas d'ulcérations.

Nous avions eu l'heureuse chance de voir pratiquer, un an auparavant, dans le service de M. le professeur agrégé Monod une coccyrectopexie par M. Gérard Marchand, suivant le procédé dont il est l'auteur. Nous proposons au malade cette opération.

Le 8 mars au matin, le blessé ayant reçu la veille plusieurs lavements boriqués, est amené à la salle d'opération. — Chloroformisation. Le blessé est couché sur le ventre, l'abdomen reposant sur un coussin dur et élevé, les jambes pendant à terre ; l'anus et les parties avoisi-

[1] Observation adressée par M. le Dr Chupin, médecin en chef de l'hôpital de Batna.

nantes sont rasés, savonnés, brossé et lotionnés à la solution de bichlorure et à l'alcool,

Incision triangulaire dont le sommet part de la pointe du coccyx en le dépassant en haut et dont la base est formée par la moitié environ de la marge postérieure de l'anus. — Le triangle cutané est rabattu et sectionné. — Le rectum est devant nous : l'index gauche introduit dans l'intestin, nous faisons, au catgut, dans le sens longitudinal, quatre grandes duplicatures intestinales comprenant toutes les tuniques, sauf la muqueuse. Les nœuds faits, nous gardons un des chefs de chacun de nos quatre catguts ; avec l'aiguille de Reverdin nous passons ces chefs dans le tissu sous-coccygien et les nouons avec le chef de la duplicature opposé. De plus, le sphincter anal étant arrivé dans sa moitié postérieure, nous pratiquons 2 sutures transversales et courbes au catgut réunissant les côtés de la base cruentée de notre triangle.

Sept sutures au crin de Florence réunissent en outre les côtés latéraux de notre solution de continuité, affrontant les bords opposés de notre plaie et comprenant dans l'anse de la suture un peu de la tunique externe de l'intestin.

Drain — pansement iodoformé ouaté. — De l'opium est donné au blessé pour le constiper. — Dysurie, le malade est sondé les quelques jours qui suivent l'opération.

La plaie se réunit par première intention sauf les 2 sutures inférieures au crin de Florence qui sont le siège d'une légère suppuration. A la fin du mois le malade se lève, se promène. — Le 10 avril, à la suite d'une légère atteinte de diarrhée, léger prolapsus de la muqueuse rectale. — Raies de feu.

Le 20 avril le malade quitte l'hôpital.

Dans les efforts violents de défécation on peut constater une légère hernie de la muqueuse intestinale ne dépassant pas un centimètre et demi.

Prolapsus du rectum; opération par le procédé
de M. Gérard Marchant.

Mohamed, âgé de 45 ans environ, entre à l'hôpital militaire de Batna le 8 décembre 1894. Cet homme est atteint depuis un an environ de prolapsus du rectum. — La hernie rectale se produit au moindre effort ; à chaque défécation, elle fait une saillie de 4 centimètres au moins et doit être chaque fois réduite.

Mohamed demande à être débarrassé de son infirmité.

Nous faisons provoquer devant nous la hernie rectale. Nous voyons un intestin turgescent, congestionné sans être ulcéré, toutes les tuniques faisant issue par un anus lâche et quasi béant.

Le 14 décembre 1894, le malade, ayant été purgé l'avant-veille et ayant reçu la veille plusieurs lavements boriqués, est chloroformé, le champ opératoire ayant été préalablement aseptisé.

Un triangle de peau ayant le coccyx comme sommet et la moitié postérieure de la marge de l'anus comme base est enlevé au bistouri. — Quatre plis longitudinaux au catgut sont pratiqués dans l'épaisseur du

rectum. Les nœuds faits, un chef de chacun des catguts est passé dans l'épaisseur du tissu coccyrectal et lié avec l'un des chefs opposés. — Une suture également au catgut et traversant dans son épaisseur la moitié postérieure du sphincter avivé, réunit la profondeur de la base de notre triangle.

Cruenté. Six points de suture superficiels au crin de Florence. — Pansement iodoformé, ouaté. — Opium à l'intérieur.

Le 21 décembre le pansement est enlevé. Réunion parfaite, sauf pour le point de suture inférieur au crin de Florence. Le premier jour ayant suivi l'opération le malade a eu de la rétention d'urine qui a nécessité le cathétérisme, mais qui a vite cessé. La constipation provoquée par l'opium a duré 6 jours.

Le 23 décembre le malade a de la température vespérale de (39°); en même temps que le thermomètre marque cette élévation, notre opéré est pris d'une véritable entérite (provoquée vraisemblablement par une nourriture relativement substantielle, nourriture à laquelle les indigènes sont peu habitués) occasionnant de trois à quatre selles par jour. Malgré cette complication, qui aurait pu être considérée comme devant être néfaste, les sutures tiennent bon, la plaie se referme et le prolapsus ne se renouvelle pas.

Au bout de quelques jours tout rentre dans l'ordre.

Le 13 janvier Mohamed demande sa sortie.

Rapport.

Cure radicale de hernie inguinale gauche du cœcum avec résection de l'anse iléocolique et entérorraphie par implantation latérale, par M. Courtin (de Bordeaux).

Rapport par M. PAUL REYNIER.

Messieurs, au mois de juillet dernier, M. Courtin nous a lu une observation particulièrement intéressante à cause de la rareté relative de la lésion, des difficultés opératoires en présence desquelles il s'est trouvé, et de la façon heureuse dont il a pu s'en tirer.

Il s'agissait d'un homme de 62 ans, qui était venu le trouver, porteur d'une grosse hernie inguinale gauche, irréductible, très douloureuse, et dont l'époque d'apparition remontait à plus de 20 ans.

Après avoir porté un bandage le malade depuis longtemps avait cessé d'en porter. Cette hernie le faisant souffrir et l'empêchant de gagner sa vie, en travaillant à la terre, il demandait qu'on l'opérât.

Après avoir tenté inutilement le taxis, n'arrivant pas à réduire, M. Courtin se décida à satisfaire les désirs du malade.

Le 22 septembre 1893 il l'opérait, après avoir pris préalablement toutes les précautions antiseptiques, purgations, répétées, régime lacté

pendant plusieurs jours, et usage du salol et du benzonaphtol à l'intérieur.

Après avoir incisé avec grande précaution la peau et le tissu cellulaire, il arriva sur la masse herniaire. Là il se trouva en présence de tissus indurés, dans lesquels il essaya, en disséquant avec grande précaution, de trouver le sac. Mais celui-ci était confondu avec son contenu, épiploon et intestin, qui formait un paquet informe. En essayant de libérer cet intestin enflammé et adhérent, il se produisit une fissure à l'intestin, qui laissa échapper du liquide intestinal. Une seconde tentative dans un autre endroit amena une lésion analogue. M. Courtin se décida alors à isoler le paquet tout entier, sac et contenu, ce qu'il réussit à faire jusqu'à l'anneau inguinal. A ce niveau le sac cessait d'adhérer, il put l'ouvrir, et se trouva en présence d'une anse intestinale, qu'il attira hors du canal inguinal. Il fit aussi sortir de ce canal deux portions d'intestin sain, sur lesquelles il plaça deux longues pinces entourées de tubes de caoutchouc. Au-dessous des pinces il coupa toute la partie d'intestin, qui se trouvait dans le sac herniaire, qui était altéré, blessé, et qu'il ne pouvait songer à réduire dans un pareil état. Il vit alors qu'il avait placé ces pinces sur le gros intestin d'une part, et de l'autre sur l'intestin grêle. La tumeur herniaire était donc formée par le cœcum, dont il retrouva le cul-de-sac avec l'appendice dans la partie réséquée.

Pendant que les pinces retenaient l'intestin, il procéda à l'ablation de toute la tumeur herniaire ainsi séparée du reste de l'intestin.

Ceci fait, après lavage au sublimé, il fermait l'extrémité du gros intestin par un triple étage de sutures mucomuqueuses, musculomusculeuse, et séroséreuse. Le gros intestin ainsi fermé, avec les ciseaux il pratiquait une petite fenêtre sur la partie latérale gauche du côlon à deux centimètres au-dessus du cul-de-sac colique, et abouchait le bout de l'iléon par cette ouverture dans le côlon. Cet abouchement fut fait au moyen d'un triple étage de sutures, sans employer le bouton de Murphy.

Ayant ainsi refait un cœcum et un abouchement de l'intestin grêle dans celui-ci, après lavage au sublimé, il refoula le tout dans la cavité abdominale.

Il décollait ensuite le péritoine dans le trajet inguinal aussi haut que possible, fermait celui-ci par deux ligatures en chaîne au catgut et retroussait le pédicule obtenu par des sutures de Barker.

Par des sutures profondes et superficielles des parties fibreuses et molles d'après la méthode de Lucas Championnière il finit l'opération et, après pansement antiseptique, il remet le malade dans son lit.

Le pouls est petit, on lui fait boire toutes les heures une potion de 120 grammes contenant 40 gouttes de laudanum de Sydenham.

Le lendemain l'état général était remonté, la température était normale. Pendant les six premiers jours le malade ne prend que sa potion laudanisée, un peu de glace et un peu de lait. A partir du septième jour le malade demande à manger. Le dixième jour abondante évacuation naturelle.

Le douzième jour bouillon, œufs. Au quinzième jour le malade prend l'alimentation réglementaire, légumes, potages. Vingt jours après son opération, il sortait de l'hôpital guéri.

Depuis M. Courtin a eu des nouvelles de son malade, qui deux ans après son opération lui écrivait que les digestions et les fonctions intestinales s'exécutaient régulièrement.

Telle est cette observation à propos de laquelle je veux vous faire quelques réflexions.

Les hernies du cœcum à gauche sont rares, toutefois on en possède déjà un certain nombre d'observations.

La première en date est de Méry, 1701. Depuis, en 1868, Klein, dans sa thèse, en rapporte 50 observations ; en 1883, Pfister, de Zurich, 4. Plus tard, Hedrich (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1889), dans un travail très complet sur les hernies inguinales du cœcum à gauche, en a réuni 28 observations ; dernièrement, M. Pujol, interne de M. le Dr de Villeneuve (de Marseille), à propos d'une observation de ce dernier, complétait le travail de Hedrich, en ajoutant 7 observations nouvelles que nous devons à MM. Auguste Broca, 1891 ; Poncet, 1891 ; Monod, 1892 ; Villeneuve, 1893 ; Courtin, 1893 ; Esprit, 1895 ; Queirel, 1888.

A ces observations j'ajouterai une observation, qui a échappé à M. Pujol, et qui est de M. Dubar (de Lille), observation publiée dans le *Bulletin médical du Nord*, 27 avril 1894.

Nous avons donc, à l'heure actuelle, 36 observations de hernie du cœcum à gauche.

D'après Hedrich, sur 100 cas de hernie du cœcum, 28 fois il aurait été à gauche.

Ces hernies du cœcum se voient, d'après toutes ces observations, surtout chez les gens ayant passé la cinquantaine et, fait à signaler, important pour la pathogénie, chez des malades porteurs de grosse hernie, mal contenue.

Cependant, on peut les voir sur des enfants ; je trouve, en effet, 4 observations se rapportant à de jeunes enfants, une de Dubar, enfant de seize mois, de Little, enfant de quatre mois, une d'Esprit, enfant de trois ans, et une de Splenger, enfant de cinq ans. Chez ces enfants encore, les hernies étaient volumineuses et mal maintenues.

J'insiste sur ce point, car il nous rend compte de la pathogénie de ces hernies.

Comment, en effet, peut-on s'expliquer ce déplacement si considérable du cœcum ? Est-ce une anomalie de développement, une transposition de viscère ; les observations ne sont pas en faveur de cette idée, car l'S iliaque, le côlon descendant étaient, dans un grand nombre de cas, à leur place normale.

La meilleure explication est celle qu'a donnée Scarpa dans son remarquable traité des hernies, et qui a été développée plus tard par M. Auguste Broca, dans un travail lu à la Société anatomique. D'après Scarpa, les déplacements du cœcum s'expliqueraient par le fait des tractions qu'opère sur lui l'intestin grêle, primitivement hernié, qui attire le cœcum avec lui dans le sac herniaire. Il peut arriver alors, ainsi que M. A. Broca le faisait remarquer, que le cœcum amené dans le sac herniaire, on réduise l'intestin grêle, et le cœcum reste seul.

Mais le cœcum n'est pas attiré seul, il ne peut se déplacer sans déplacer le côlon ascendant, et celui-ci ne peut subir lui-même de déplacement, sans attirer le péritoine pariétal, auquel il est fixé par un mésocôlon.

Dans ce mouvement de déplacement du cœcum, se trouvent donc attirés, en même temps, vers l'orifice inguinal, et quelquefois en dehors de lui, côlon ascendant, mésocôlon et péritoine pariétal.

On peut encore expliquer comment se fait le déplacement de toutes ces parties, par un mécanisme qui s'ajoute au premier, et qui est le suivant :

Toute grosse hernie nécessite un sac volumineux ; or, le sac ne peut s'augmenter qu'aux dépens du péritoine pariétal, qui est attiré ainsi en dehors de l'anneau inguinal, par le fait même de l'augmentation du contenu du sac. C'est ainsi que par glissement le péritoine pariétal de la fosse iliaque peut être attiré, avec ce qui lui est fixé, le côlon, en dehors des anneaux inguinaux.

Ce mécanisme de la descente du gros intestin et de son déplacement avec le péritoine pariétal auquel il est uni, est utile à connaître pour nous rendre compte des particularités anatomiques de ces hernies.

Ces hernies du cœcum à gauche, se présentent à nous tantôt avec un sac complet, tantôt avec un sac incomplet et adhérent, comme probablement c'était le cas dans l'observation de M. Courtin.

Lorsque le sac est complet, le cœcum seul avec son appendice se trouve dans le sac, avec ou sans anse d'intestin grêle.

Lorsque le sac est incomplet, en plus du cœcum il y a le côlon ascendant.

Ce que nous savons de l'anatomie du cœcum nous explique ces faits.

Ainsi que Scarpa l'avait bien montré, puis ainsi que Trèves et Tuffier le confirmèrent, le cœcum est libre dans la cavité péritonéale ; il n'y a pas de mésocœcum, si ce n'est exceptionnellement. Le cœcum libre, non adhérent dans la cavité péritonéale, quand il

se hernie, est également libre dans le sac et entouré par le péritoine de toute part.

Il n'en est plus de même pour le côlon, celui-ci reste uni au péritoine pariétal par son mésocôlon ; comme c'est ce péritoine qui vient, quand le côlon se hernie, constituer le sac, le gros intestin se trouve relié au sac par le mésocôlon, adhérence charnue naturelle de Scarpa. De telle sorte que, sur ce point, le sac paraît manquer. Si on aborde de ce côté, comme le faisait remarquer Scarpa, la tumeur herniaire, il semble que le sac fait défaut, tandis que sur les deux autres tiers de l'intestin, il existe séparé de lui.

Cette adhérence charnue, ce mésocôlon qui descend au-dessous de l'anneau, quand le côlon franchit celui-ci, qui reste au-dessus, mais très rapproché de lui, quand le cœcum seul descend, explique les difficultés qu'on éprouve dans la réduction de cet intestin.

Il empêche de le refouler dans le ventre et fait que l'intestin reste à l'anneau, avec tendance à ressortir.

Quand le côlon est dans le sac, il empêche tout à fait la réduction.

Scarpa conseillait, dans ce cas, de débrider l'anneau, de ne pas réduire et de recouvrir l'intestin de pansements ; celui-ci peu à peu se réduisait de lui-même, quand, dans le temps de suppuration, le malade ne mourait pas.

A l'heure actuelle, on peut faire mieux.

Il faut, comme l'ont fait M. Labbé et M. Duret, pour une hernie du côlon, disséquer très haut le péritoine pariétal, avec le mésocôlon, faire en quelque sorte une hernio-laparotomie et réduire en masse intestin et péritoine pariétal, disséqué par cette grande incision.

On pourrait encore, comme l'a pratiqué avec succès M. Vanhenverswin, élève de M. Duret (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 1893) pour une hernie du côlon, sectionner, sur une certaine hauteur le mésocôlon, et réduire le gros intestin. Mais ce procédé me paraît plus dangereux pour la vitalité du gros intestin, que celui qui consiste à réduire le tout en masse.

Il me reste à dire quelques mots sur l'entérorraphie, qui a terminé l'opération de M. Courtin.

Devant le mauvais état du gros intestin, devant les perforations multiples qui s'étaient produites, l'impossibilité où il était de se retrouver au milieu de cette masse formée par le sac, l'épiploon et l'intestin, on ne peut savoir mauvais gré à M. Courtin d'avoir pris le parti de réséquer le tout, pour n'avoir à rentrer que de l'intestin sain.

Mais sa résection faite, il avait, pour faire l'abouchement de

l'intestin grêle dans le gros intestin, à choisir entre deux procédés, l'entérorraphie circulaire, que Kraunold a employée après la première résection faite par lui de l'anse iléocolique (1889), ou l'implantation latérale, employée par Billroth, étudiée par Sen, pour rétablir le cours des matières intestinales.

C'est le procédé de Billroth que M. Courtin a préféré.

En cela, nous croyons devoir l'approuver. L'entérorraphie circulaire est en effet difficile quand on doit aboucher deux intestins de calibre inégal.

Il faut, dans ce cas, rétrécir le côlon, soit en fermant la partie restante de la lumière avec une suture, après qu'on y a abouché l'iléon, soit en faisant une excision triangulaire sur la paroi ; ou bien augmenter la lumière de l'iléon en y faisant une section oblique (Magdelung). Mais ce dernier procédé est souvent impuissant et les deux premiers ont l'inconvénient de multiplier les sutures et de créer un point faible, exposé au sphacèle, là où se rencontrent les trois lignes de suture.

Ce reproche ne peut, au contraire, s'appliquer au procédé de Billroth, dont l'application me paraît devoir donner de meilleurs résultats.

Nous devons donc complimenter M. Courtin d'y avoir eu recours.

Pour terminer, je vous propose donc de remercier M. Courtin de cette observation, qui est la première que nous connaissons de résection de l'anse iléocolique dans de pareilles conditions, et de vouloir bien l'inscrire dans un rang honorable sur la liste de nos correspondants nationaux.

Discussion.

M. Poirier. — M. Courtin, dont je n'imiterai pas la conduite, s'est-il livré à des tentatives longues pour réduire sa hernie?

M. Reynier. — Non, c'est de parti pris qu'il a fait sa résection ; ayant fait une lésion de l'intestin, il n'a pas voulu réduire un intestin abîmé.

Communication.

Sur un ostéome du maxillaire inferieur,

Par M. FÉLIX LEJARS.

Le 12 février dernier, M. le professeur Berger vous communiquait une observation fort intéressante d'ostéome du maxillaire :

la tumeur occupait la branche horizontale du maxillaire, et l'examen histologique avait démontré qu'il s'agissait bien d'un ostéome vrai, constitué par du tissu osseux jeune, sans aucun mélange de sarcôme. M. Berger insistait sur la rareté des néoplasmes de ce genre, dont il n'avait retrouvé, dans la littérature française et étrangère, que trois ou quatre faits authentiques, pourvus de la sanction histologique.

J'ai enlevé, au mois d'août dernier, une tumeur de cette nature, et, ici encore, l'examen précis et détaillé de la pièce ne laisse aucun doute sur l'authenticité de l'ostéome. Voici l'histoire de ma malade et le résultat de cet examen.

C'était une Bretonne de 42 ans, bien bâtie et vigoureuse, qui ne présentait sur le reste du corps aucun stigmate morbide. Elle ignorait totalement le français, et ce fut par l'intermédiaire d'une de ses parentes qu'il nous fût possible de recueillir les renseignements suivants.

La tumeur avait paru, il y a environ dix ans, sous la forme d'une petite masse dure qui faisait relief dans le sillon gingivo-génien, à la hauteur des deux petites molaires : on ne savait absolument à quelle cause en rapporter le développement, la malade ne souffrait pas des dents et ne se souvenait d'aucune espèce de traumatisme ayant porté sur la région. Aussi cessa-t-elle bientôt de s'inquiéter de cette grosseur étrange, qui la gênait peu et à laquelle elle ne tarda pas à s'accoutumer.

Peu à peu, cependant, la tumeur prenait du volume et commençait à s'accuser, sous la peau, au niveau du bord inférieur de la mâchoire, où elle dessinait un relief arrondi. Depuis un an, depuis six mois surtout, elle s'est accrue assez vite, et ses dimensions ont, paraît-il, doublé : c'est surtout en dehors que, dans ces derniers temps, l'accroissement se prononce et la déformation est devenue très marquée, Des douleurs assez vives, revenant par crises et s'irradiant dans les dents inférieures et dans l'oreille, ont signalé cette augmentation de volume, et la malade qui jusqu'alors n'avait pas souffert, qui n'avait jamais eu d'abcès, jamais d'accidents locaux autres que la présence même de la tumeur, a fini par s'inquiéter.

La photographie ci-contre rendra un compte exact de la déformation apparente.

Sur la partie moyenne de la branche horizontale gauche du maxillaire, un relief ovoïde soulève la peau, du reste entièrement normale et mobile et se prolonge par en-dessous en encadrant à demi l'arc osseux sur lequel il est implanté ; au pulper, ce relief correspond à une tumeur de surface finement bosselée, d'une dureté extrême en tous ses points, et qui fait corps avec la mâchoire. On la retrouve, par la bouche, remplissant le sillon gingivo-génien, de la canine à la première grosse molaire ; de ce côté encore, elle présente une surface arrondie, en dos d'âne, elle est d'une dureté uniforme, éburnée, et absolument fixe. On ne constate rien sur la face interne du maxillaire, on ne remarque, de plus, aucune anomalie dentaire : toutes les dents sont à leur place,

quelques-unes, spécialement les petites molaires, sont cariées, mais la carie paraît limitée à la couronne, et il n'existe, au niveau de l'alvéole et sur la gencive, aucun indice pathologique. Ajoutons encore que l'exploration et la palpation de la tumeur ne réveille qu'une sensibilité très obtuse, qu'il n'y a pas de ganglions perceptibles à la région sus-hyoïdienne, enfin que cette dureté dont nous venons de parler est une dureté osseuse, celle du tissu compact. Aussi le diagnostic d'ostéome nous paraît-il réellement être le seul qui puisse convenir.

Le 7 août, nous procédons à l'ablation de la tumeur. Une incision est menée sur le bord inférieur du maxillaire, le périoste sectionné est



relevé, et nous découvrons une masse osseuse, blanche, compacte, évalée sur la face externe et le bord inférieur de la branche horizontale, qu'elle double et incruste. L'extirpation nous semble donc réalisable, et, après avoir décollé et retroussé aussi haut que possible le périoste et la muqueuse, nous attaquons la tumeur avec le ciseau et le maillet, au niveau de sa surface d'applique sur la mâchoire qu'on prend soin d'autre part, de soutenir solidement : de fait, l'excision est laborieuse et une réelle force doit être déployée. Dès que la masse principale est tombée, nous achevons d'extirper ce qui en reste et de modeler, à la gouge, la face externe de la branche horizontale qui saigne assez abondamment. Puis le périoste et la muqueuse sont rabattus, un tamponnement à la gaze iodoformée laissé dans la plaie qui est partiellement réunie ; au cours du modelage du maxillaire, la muqueuse a été, en effet, intéressée sur une certaine étendue.

Des lavages de la bouche à la solution de chloral furent répétés

plusieurs fois par jour. Il n'y eut pas d'élévation thermique et tout se passa très simplement. Au 4e jour, le tamponnement iodoformé fut retiré : la plaie avait fort bon aspect et acheva très rapidement de se fermer. A la fin du mois, la cicatrisation était complète, la région indolente et l'opérée quittait l'hôpital Beaujon.

La tumeur avait le volume d'une châtaigne : elle était recouverte d'une croûte compacte sur sa face externe, convexe ; sur la coupe, elle avait toute l'apparence du tissu osseux, spongieux, à aréoles très fines, on ne trouvait trace d'aucun autre tissu, ni d'aucune espèce de formation dentaire. Sa coloration était rougeâtre et les aréoles contenaient une substance molle, plus colorée, qui ressemblait tout à fait à la moelle osseuse. Les lamelles osseuses dont elle était formée avaient une disposition générale concentrique et emboîtée, dans les couches périphériques : au centre, sinueuses, enchevêtrées, elles figuraient des systèmes irréguliers. Sur une tranche séchée et polie à la pierre ponce, ces lamelles contournées et emmêlées figurent des arabesques fort élégantes.

M. le docteur Papillon, chef du laboratoire à l'hôpital Beaujon, a bien voulu se charger de l'examen histologique de la pièce, et voici la note qu'il m'a remise et qui résume ses recherches :

A un faible grossissement et même à l'œil nu, on voit que la tumeur est formée de lamelles osseuses concentriques, épaisses d'environ 1/4 de millimètre, et séparées les unes des autres par des intervalles d'épaisseur égale à la leur. Ces lamelles sont enchevêtrées les unes dans les autres, formant des tourbillons qui cependant ne détruisent pas l'aspect concentrique général.

A un plus fort grossissement, on constate que les lamelles osseuses sont constituées par du tissu osseux vrai ; substance fondamentale calcaire, corpuscules osseux étoilés, allongés parallèlement à la surface de la lamelle et contenant chacun un corpuscule osseux. Entre les lamelles sont de véritables canaux médullaires contenant des cellules plus ou moins nombreuses plongées dans une substance granuleuse amorphe qui empêche d'en voir nettement les contours. En certains endroits, les cellules sont peu abondantes, la substance fondamentale devient fibrillaire et la moelle semble subir la transformation fibreuse. Il n'y a pas de vaisseaux nettement caractérisés.

Près de la surface des lamelles, les cellules se tassent en une série linéaire, parallèle à cette surface ; leur noyau est plus volumineux, leurs contours plus apparents et quelques-unes sont à moitié plongées dans la substance osseuse qu'elles renforcent en épaisseur. Les lamelles sont de loin en loin pénétrées par un fin bourgeon médullaire qui parfois les traverse de part en part.

De la surface des lamelles se détache par places une sorte de pointe d'accroissement où la prolifération osseuse et cellulaire est très active et qui semble le point de départ d'une nouvelle couche osseuse. Peut-

être est-ce ainsi que s'accroît le nombre des lamelles osseuses et la tumeur elle-même.

Il n'y a pas trace de cartilage. Il s'agit, en somme, d'une ossification normale, mais simplifiée, et rien dans les éléments de la tumeur ne peut faire penser à une origine dentaire.

J'ajoute que le périoste ayant été décollé et relevé au cours de l'opération, il était évident que la tumeur n'avait avec lui aucune connexion ni aucun lien d'origine : c'était aux dépens du maxillaire lui-même qu'elle s'était développée, et spécialement aux dépens de la face externe de l'os. Grâce à cette localisation, nous avons pu pratiquer l'ablation totale de l'ostéome, sans intéresser la branche de la mâchoire.

Signalons encore l'évolution assez étrange de la tumeur, d'abord, et pendant de longues années, très lente et à peine sensible, et qui était devenue rapidement croissante dans les derniers mois; de fait, elle était constituée par un tissu osseux jeune, en pleine activité, est il n'est pas douteux qu'elle eût grossi encore. Enfin, conformément à une loi très générale, l'apparition des douleurs, ici très atténuées, il est vrai, et intermittentes, avait signalé l'augmentation du néoplasme.

Discussion.

M. Kirmisson. — Quel était l'état du système dentaire chez la malade?

M. Lejars. — Le système dentaire était régulier, toutes les dents existaient et à leur place; quelques dents étaient cariées, mais la carie se limitait à la couronne.

M. Barette fait une communication sur une tumeur de l'encéphale. (M. Broca, rapporteur.)

Présentations de pièces.

1° Pièces provenant d'une femme laparotomisée pour hématocèle consécutive à la rupture d'une grossesse extra-utérine.

M. Paul Reynier. — Je vous présente une pièce qui me paraît fort intéressante, surtout pour moi, car elle vient à l'appui des idées que j'ai soutenues dans cette Société, sur le traitement opératoire des hématocèles.

Contrairement à MM. Bouilly, Segond, Routier, partisans, dans les hématocèles, de l'incision vaginale, j'ai soutenu la supériorité de la laparotomie sur cette opération.

Ce n'est, en effet, que par la voie abdominale qu'on peut faire une opération complète, traiter l'hématocèle et supprimer la cause qui l'a produite.

Cette pièce en est une preuve; elle provient d'une femme que j'ai opérée il y a huit jours.

Entrée dans mon service il y a 15 jours, elle racontait qu'au mois de juin, elle avait eu un retard de règles; puis les règles avaient reparu en juillet, à la fin de ce mois elle avait eu une péritonite. Depuis elle était dans son lit, perdant un peu, avec des douleurs dans le ventre, des malaises.

Au toucher, on constatait que du côté gauche le cul-de-sac était libre, l'utérus avait de ce côté une certaine mobilité, du côté droit le cul-de-sac était rempli par une masse élastique dépressible du volume d'une tête de fœtus, que la main, sur l'abdomen, sentait débordant le pubis.

Au spéculum, le col était sain, non ulcéré; toutefois, il était violacé et par l'orifice s'écoulait un peu de sang.

Me fondant sur les commémoratifs, sur l'aspect du col et surtout sur la mobilité dans le côté de l'utérus, sur l'unilatéralité de la lésion, j'insiste sur ce symptôme, car il me paraît important d'attirer l'attention dessus, je fis le diagnostic d'hématocèle liée à une grossesse extra-utérine probable.

J'opérai la malade le 8 novembre et fis une laparotomie.

Or voici le résultat de cette opération :

Le péritoine ouvert, nous voyons sortir du sang noir, vieux, épanché au milieu des anses intestinales et remplissant le cul-de-sac de Douglas. Il n'y avait pas là de poche; le sang s'infiltrait entre les anses intestinales sur lesquelles on trouvait des traînées de caillots remontant jusque dans la fosse iliaque droite, recouvrant l'appendice et une partie du cœcum.

Après avoir enlevé aussi bien que possible ces caillots, mais toutefois en en laissant, nous portâmes la main sur les annexes droites, et nous ramenions cette trompe d'où sortait par un orifice, mais s'y trouvant maintenu encore par la tête, cet embryon de 2 mois environ.

Je vous fais remarquer le contenu de cette trompe, contenu formé par le placenta et des caillots organisés, qui constituent une masse solide adhérente aux parois de la trompe. En irrigant cette masse, il s'écoule, sur un point seulement, un dé d'un liquide d'aspect purulent.

Après avoir enlevé ces annexes et avoir nettoyé avec des éponges la cavité péritonéale, nous avons, suivant notre habitude, fermé le ventre sans drainage.

La femme en est au 8e jour et est guérie.

Telle est cette observation, dont je tire les conclusions suivantes :

Nous nous sommes trouvés en présence d'une hématocèle produite par la rupture de la trompe gravide.

Si nous avions fait l'incision vaginale, nous aurions vidé la partie liquide de l'hématocèle, mais nous aurions laissé des caillots qui, disposés en tramies séparées au milieu des anses intestinales, auraient pu s'infecter consécutivement et former des foyers successifs de suppuration, comme on a en rapporté des exemples au congrès de gynécologiede Bruxelles.

Par cette incision vaginale, je n'aurais pu enlever la trompe ni la vider.

M. Routier me disait que dans ces cas, après avoir vidé l'hématocèle, il ponctionnait par le vagin l'annexe gravide. Outre que cette ponction est dangereuse, ainsi que je le lui ai fait observer, elle n'aurait, dans le cas actuel, servi à rien ; elle aurait fait saigner, sans évacuer, cette masse solide, qui remplit la trompe.

Par l'incision vaginale, on aurait donc laissé celle-ci, et très probablement on aurait dû intervenir de nouveau, car le commencement de suppuration qu'on voit au milieu des caillots peut faire penser que cette trompe aurait suppuré plus tard.

L'incision vaginale, dans ce cas, aurait été fatalement une opération complète, tandis que, par la laparotomie, j'ai la satisfaction d'avoir mis la femme à l'abri de tout autre accident.

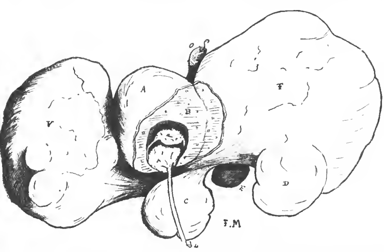
2° *Fibromes utérins et utérus gravides. Hystérectomie abdominale totale.*

M. Monod. — Les deux volumineuses tumeurs que je vous présente ont été enlevées par laparotomie (hystérectomie abdominale totale) chez une femme de 39 ans, enceinte de quatre à cinq mois, qui, mariée à 16 ans, n'a jamais eu ni enfants ni fausses couches ; jamais non plus de métrorrhagies ; aucun passé pelvien.

Cliniquement, le cas était d'un diagnostic difficile. Dans le ventre considérablement développé, on reconnaissait tout d'abord la présence d'une tumeur dure, un peu mobile transversalement, remontant, au delà de l'ombilic, jusque sous les fausses côtes gauches. A droite, dans la fosse iliaque, se dessinait sur la peau une autre tuméfaction moins considérable, arrondie, molle, évidemment fluctuante. Par le toucher vaginal, on trouvait le col utérin très élevé, repoussé en avant et à droite par une troisième tumeur dure comme la première qui remplissait le cul-de-sac de Douglas et avait été prise par un de mes collègues pour une hématocèle. Il était malaisé de dire, n'était le fond de l'utérus, les mouvements

imprimés par le palper aux deux tumeurs accessibles par l'abdomen, se propageant avec une égale facilité au col utérin et à la tumeur occupant le cul-de-sac de Douglas.

En raison de la présence d'une tumeur évidemment fluctuante de la fosse iliaque droite ayant toute l'apparence d'un kyste ; en raison de l'âge de la malade, jusqu'alors sans enfants, de l'absence



A, fond de l'utérus; B, surface de section empiétant sur le fibrome; F, cette section passe un peu au-dessus du col, ouvrant la cavité utérine et où s'échappe le placenta *p*, à travers les membranes rompues *e*; L, cordon ombilical, le fœtus de 4 mois a été enlevé; O, ovaire gauche érigné, le droit est resté avec le ligament large; E, gros fil ronce faisant saillie dans le ventre et qui remontait à 3 travers de doigts à gauche et au-dessus de l'ombilic; V, Fibrome volumineux remplissant l'excavation; C, D, E, fibromes de moindre importance.

de tout passé pelvien et en particulier de métrorrhagies, j'avais songé à un kyste de l'ovaire ou des ovaires avec une grande poche contenu liquide et des parties solides.

Mes deux internes, MM. Vanverts et Fernand Monod, avaient mieux vu. S'appuyant sur le fait que chez cette malade les règles jusque-là régulières s'étaient brusquement interrompues quatre à cinq mois auparavant, en même temps qu'apparaissaient certains signes généraux de grossesse, ils avaient émis l'hypothèse, l'un d'une grossesse normale, l'autre d'une grossesse extra-utérine, avec complication de tumeurs fibreuses.

J'ai opéré cette malade le 7 novembre dernier par laparotomie. Il me fut facile d'amener dans la plaie la tumeur supérieure, puis l'inférieure qui plongeaient dans le petit bassin. L'une et l'autre étaient libres de toute adhérence. Mais dans cette manœuvre, la tumeur fluctuante de

droite se rompit et laissa échapper une quantité considérable de liquide clair et avec ce liquide un fœtus de 4 à 5 mois.

Etreignant alors avec deux clamps le corps utérin affaissé au niveau de son segment inférieur, j'enlève d'un coup par section en dessus des pinces le corps utérin et les deux tumeurs fibreuses suspendues à ses deux cornes.

Dans un second temps, je fis l'extraction du moignon utérin restant. Pour cela, suivant la pratique récemment conseillée par M. Doyen, je perfore le cul-de-sac postérieur, sur une pince introduite par le vagin; à travers l'ouverture ainsi faite, je saisis le col utérin et sectionne autour de lui les attaches vaginales. Je puis alors rapidement séparer le moignon utérin et par traction de bas en haut on les comprime avec la vessie. Je lie séparément à la soie les utères qui saignent ; je referme à la soie également l'ouverture faite au vagin ; les chefs de tous ces fils sont ramenés à la vulve. La plaie abdominale est fermée au crin, à l'exception de son extrémité intérieure, où je laisse à demeure une mèche de gaze iodoformée, à la Mickulin, plongeant dans le petit bassin. Je crois plus prudent d'établir ce drainage à cause de l'inondation de la cavité péritonéale au cours de l'opération par les liquides amniotiques.

L'opération, hémostase comprise, a duré 35 minutes.

J'attribue en partie à cette rapidité relative le bon état consécutif de la malade. Il n'y a eu ni choc ni réaction inflammatoire. La mèche de gaze a été enlevée au bout de quarante-huit heures. Aujourd'hui, cinquième jour, l'état de cette femme est excellent; elle peut être considérée comme guérie.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
QUÉNU.

Séance du 18 novembre 1896.

Présidence de M. CH. MONOD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un travail de M. MARÉCHAL, interne des hôpitaux, sur la thérapeutique de la syphilis;

3° Une radiographie déposée par M. Bazy et prise à travers un appareil plâtré, par M. Baigue, chef de clinique de l'hôpital de Besançon.

Rapport.

Contribution à l'étude du traitement des kystes du cou à propos d'un kyste séreux congénital chez un enfant de 1 an, occupant le cou et le médiastin antérieur. Ablation partielle. Guérison; par le Dr F. Verchère, chirurgien de Saint-Lazare.

Rapport par M. WALTHER.

Au mois de juillet dernier, M. Verchère vous a lu un travail sur le traitement des kystes séreux congénitaux du cou. Ce travail comprend deux parties : premièrement, la relation détaillée de l'histoire d'un kyste observé, suivi et opéré avec succès par l'auteur ; deuxièmement, une discussion des méthodes opératoires applicables au traitement des kystes congénitaux du cou en général.

Je vous demande la permission de vous rappeler pourquoi, dans quelles conditions et comment est intervenu M. Verchère.

L'enfant qu'il a observé avait six mois lorsqu'il lui fut amené pour la première fois. A la région sous-maxillaire droite siégeait une tumeur sous-cutanée, mobile sous la peau, mollasse et fluctuante, que M. Verchère reconnut immédiatement pour un kyste séreux congénital. « La tumeur, que l'on avait remarquée depuis quelques semaines, ne semblait gêner l'enfant en aucune façon, elle se tendait pendant les cris, mais ne semblait causer aucun trouble fonctionnel. »

Dans ces conditions, M. Verchère ne jugea pas utile d'intervenir immédiatement et donna aux parents le conseil très sage d'attendre et de surseoir à l'opération tant que l'augmentation de volume de la tumeur ou quelque accident nouveau n'obligerait pas à agir.

Mais lorsque six mois plus tard l'enfant fut de nouveau ramené à M. Verchère, la situation avait complètement changé : la tumeur s'étendait jusqu'à la partie moyenne du cou ; elle était très tendue et débordait en arrière et en avant le sterno-mastoïdien. La respiration était génée, bruyante ; enfin, sous l'effort des cris de l'enfant, la poche se tendait d'une façon très manifeste.

Pour parer immédiatement au danger des accidents de compression, M. Verchère fit une ponction qui permit d'évacuer environ 150 grammes d'un liquide citrin, parfaitement limpide ; la tumeur s'affaissa en partie, mais on pouvait alors sentir plusieurs petites poches indépendantes qui n'avaient point été vidées.

Cette ponction, absolument aseptique, ne provoqua aucun accident, aucune réaction, mais le liquide ne tarda pas à se reproduire et l'indication d'une intervention plus active s'affirmait nettement.

Avant de prendre une décision ferme, M. Verchère, mis en garde par cette tension de la tumeur sous l'influence des cris, montra l'enfant à M. le professeur Lannelongue; M. Lannelongue pensa que ce signe n'indiquait pas la présence d'un prolongement dans le médiastin et que l'extirpation complète serait possible, en tout cas que l'intervention était imposée par l'accroissement rapide du volume du kyste et par les troubles fonctionnels qu'il déterminait.

Le 7 novembre 1894, M. Verchère fit une longue incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien; la poche kystique, mince et transparente, put être assez facilement séparée de la peau. La dissection fut continuée sur toute la face interne de la tumeur, puis la face profonde fut attaquée, toujours par le côté interne; mais à ce moment, en coupant une adhérence profonde, la paroi fut blessée, et la poche se vida de son liquide citrin. M. Verchère profita de cette ouverture pour explorer la cavité du kyste et se rendre exactement compte de ses connexions. La paroi kystique, très mince, tapissait le faisceau vasculo-nerveux du cou; en arrière un prolongement de la poche passait sous le sterno-mastoïdien; il fut disséqué et ramené vers l'incision antérieure; en haut, un autre prolongement s'étendait vers la trachée, formant une loge indépendante qui fut ouverte, disséquée et ramenée aussi vers l'incision cutanée.

Le kyste ainsi réduit à une cavité unique dont les bords étaient attirés à travers l'incision cutanée, restait adhérent par sa face profonde et il était facile de voir que cette paroi interne reposait sur les gros vaisseaux du cou qu'on pouvait suivre dans toute leur étendue; elle engaînait la carotide externe et la carotide interne jusqu'à deux centimètres environ au-dessus de leur origine.

La partie inférieure de la tumeur qui plongeait vers la base du cou fut à son tour disséquée, mais là se trouvait encore un prolongement cloisonné qui fut ouvert par l'intérieur de la poche; le doigt, introduit dans cette dernière cavité, permit de constater qu'elle suivait la carotide primitive, le tronc brachio-céphalique veineux et, passant derrière le sternum et la première côte, plongeait dans le médiastin jusqu'au péricarde, à travers lequel on percevait très nettement le contact intermittent du cœur.

En présence de ces adhérences si étendues, M. Verchère ne songea plus à faire l'extirpation complète et se contenta de marsupialiser la poche, après s'être assuré qu'il avait bien détruit toutes les cloisons secondaires. Les bords de la poche furent donc fixés à l'angle inférieur de la plaie, réunie au crin de Florence dans toute sa partie supérieure, et la cavité fut tamponnée à la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent très simples. Il n'y eut jamais aucune trace d'infection. Le seul incident à signaler fut une difficulté passagère dans l'ablation de la mèche de gaze qui plongeait dans la cavité médiastine et avait adhéré à la paroi. Après l'extraction de cette mèche, persista une petite fistulette qui se ferma au bout de trois mois, et aujourd'hui, vingt mois après l'opération, la guérison s'est bien maintenue et l'enfant est en parfaite santé.

J'ai tenu à vous rappeler avec quelque détail cette observation qui offre certainement un réel intérêt, grâce à la précision avec laquelle nous ont été rapportées l'évolution clinique et la disposition anatomique rare de la tumeur. Et je crois que nous ne saurions trop féliciter M. Verchère de la prudence et de la sûreté avec lesquelles il a pu conduire à bien une opération qui présentait de sérieuses difficultés; le succès complet et définitif qu'il a obtenu nous montre qu'en évitant toute infection, on peut, par le traitement bien conduit de la poche laissée ouverte, provoquer l'oblitération complète, sans fistule, de la cavité.

Encouragé par l'excellence de ce résultat, M. Verchère, dans la seconde partie de son travail, établissant un parallèle entre l'extirpation totale des kystes séreux congénitaux du cou et l'extirpation partielle avec drainage antiseptique de la poche, conclut en faveur de cette dernière, qu'il préconise comme une méthode de choix.

Je ne voudrais pas reprendre ici l'examen de toutes les méthodes qui ont été successivement appliquées au traitement de ces kystes, ponctions, injections iodées, incisions, électrolyse, etc. Cela serait, je crois, sortir du sujet très précis que je dois envisager et dont les limites me sont tracées par le travail que je dois analyser devant vous. Je me bornerai donc à examiner les arguments soutenus par M. Verchère.

« Si, nous dit-il, nous relisons les préceptes donnés par Lannelongue, dans son *Traité des kystes congénitaux*, ou par Walther, dans son article du *Traité de chirurgie*, nous voyons que l'ablation totale de la poche est actuellement l'opération de choix ; mais, relisant les descriptions anatomo-pathologiques des kystes congénitaux, et nous rappelant les faits que nous avons eu à opérer, nous voyons combien sont relativement rares les cas où cette dissection de la poche peut être, sans danger, menée à bien.

« Les rapports intimes de cette poche parfois si fine qui constitue le kyste séreux avec les gros vaisseaux du cou en rend la séparation le plus souvent impossible, et ce n'est qu'au prix des périls les plus grands que l'on peut souvent la détacher du faisceau vasculo-nerveux. Les prolongements multiples de cette poche, ses loges qui viennent s'infiltrer pour ainsi dire entre les vaisseaux ou sous les muscles, ne seront jamais poursuivis qu'au milieu des plus grandes difficultés.

« Enfin, est-on jamais sûr que, lorsqu'on se trouve en présence d'un kyste séreux congénital, en apparence très localisé, l'on ne trouvera pas après son ouverture, ou pendant sa dissection, un prolongement intra-thoracique qui arrêtera le bistouri du chirurgien

et le forcera à recourir à la méthode la plus simple, la moins dangereuse et peut-être la plus efficace ? »

Je crois que M. Verchère s'est laissé entraîner à assombrir la situation, à exagérer les dangers de l'extirpation totale.

Son argumentation en faveur de l'extirpation partielle s'appuie sur trois points principaux : 1° l'existence très fréquente d'adhérences souvent très étendues aux gros vaisseaux ; 2° l'existence de prolongements pénétrant dans le médiastin ; 3° la grande facilité que l'on trouve à pénétrer par l'ouverture faite à la poche principale pour détruire les cloisons, ouvrir et drainer largement les poches secondaires.

Je ne retiendrai pas l'argument tiré de l'existence de prolongements dans le médiastin. Il est certain que, dans ce cas, tous les chirurgiens seront d'accord pour conseiller de ne pas poursuivre la dissection.

Pour ce qui est de l'adhérence aux gros vaisseaux, il existe des faits bien différents. Bien souvent, en effet, la paroi kystique est accolée au faisceau vasculo-nerveux du cou, surtout à la jugulaire ; mais les adhérences sont peu serrées et il arrive qu'une tumeur qui semble d'abord adhérer très intimement à ces vaisseaux s'en laisse assez facilement séparer par une dissection attentive. Il est souvent possible de détacher la poche sur toute la hauteur de la jugulaire ; d'autres fois, en un point, il semble se détacher de la jugulaire un pédicule pénétrant dans la tumeur, et alors il suffit de lier ce pédicule et de réséquer immédiatement au-dessus de la ligature, comme j'ai dû le faire dans un cas avec un plein succès.

Si les adhérences sont intimes, s'il y a fusion pour ainsi dire entre la veine et la paroi du kyste, il sera certainement plus sage d'arrêter ici l'opération et de se contenter de l'extirpation partielle.

La pratique indiquée par M. Verchère d'ouvrir d'abord la poche principale et par là d'explorer ensuite, d'effondrer les cloisons, d'ouvrir largement les cavités secondaires pour drainer facilement une poche devenue unique, me paraît excellent, surtout comme manœuvre d'exploration ; elle peut, en tout cas, aider à l'extirpation complète. Mais si on peut ainsi ouvrir des cavités kystiques d'un certain volume, il est certain qu'il est impossible d'atteindre par la cavité des poches principales les petites tumeurs périphériques qu'on trouve souvent à la surface des tumeurs principales. Et ceci n'est pas seulement une vue théorique ; dans un cas où j'ai dû intervenir d'urgence (cas rapporté dans mon article du *Traité de chirurgie*), l'extirpation complète de la tumeur a été faite après dissection de la jugulaire interne sur toute sa hauteur. Or, à la face profonde de la tumeur étaient accolés tout une série de

petits noyaux, de petites tumeurs indépendantes de la masse principale et disséminées à sa périphérie ; et seule, bien évidemment, l'extirpation complète permet d'enlever ces petits noyaux.

Nous pouvons donc dire aujourd'hui que, dans un bon nombre de cas, l'extirpation totale a été faite avec un plein succès. La dissection est parfois moins laborieuse qu'elle ne semble devoir l'être au premier abord.

Si les adhérences aux gros vaisseaux sont trop intimes, trop serrées, il est évident que, surtout chez de jeunes enfants, alors que l'intervention a été imposée par des accidents pressants, il vaut mieux s'arrêter et laisser une partie de la poche que de s'exposer à blesser un de ces gros vaisseaux ou même que de le réséquer de parti pris. A plus forte raison en présence d'un prolongement dans le médiastin, l'intervention devra se borner à cette rescision avec drainage qui a donné un si beau succès à M. Verchère.

Mais je ne puis accepter d'établir comme méthode de choix dans tous les cas cette extirpation partielle ; si elle est plus simple et moins dangereuse, j'avoue ne pas voir en quoi elle peut être, comme nous le dit M. Verchère, plus efficace.

Elle a, bien au contraire, l'inconvénient de laisser une plaie ouverte et, par conséquent, d'exposer primitivement et secondairement aux dangers toujours possibles d'infection.

En résumé, cette extirpation partielle peut être imposée par des circonstances diverses, adhérences, étendue des prolongements, etc. Elle répond donc à des indications spéciales nées au cours même de l'opération. L'observation que je viens d'analyser devant vous nous montre quels résultats excellents elle peut donner dans les cas les plus complexes, sous le couvert d'une asepsie rigoureuse.

Mais toutes les fois que l'extirpation complète sera possible, sans danger, je continue à penser qu'elle restera la véritable méthode de choix. Elle seule assure d'une façon certaine la guérison rapide et définitive.

Elle doit être, comme je l'ai dit dans l'article qu'a cité M. Verchère, conduite avec la plus grande prudence, par une dissection minutieuse. A quel moment devra s'arrêter cette dissection pour n'être pas dangereuse ? Ceci est bien difficile sinon impossible à formuler en règle précise. C'est affaire de bon sens, de tact chirurgical. Ici, comme ailleurs, le plus difficile est de savoir s'arrêter à temps, ni trop tôt, ni trop tard. M. Verchère, de peur d'aller trop loin, me semble s'arrêter trop tôt, au moins en théorie.

En tout cas, dans l'observation qu'il nous a lue, il s'est arrêté au bon moment, il a obtenu le plus beau résultat opératoire et thérapeutique. Je vous propose de lui adresser nos remerciements pour ce très intéressant travail que nous conserverons dans nos archives

et de l'inscrire en bon rang sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société.

Discussion.

M. Quénu. — J'adopte les conclusions de M. Walther et je pense, comme lui, que l'extirpation, chaque fois qu'elle est possible, est le procédé de choix, cela d'autant plus qu'il est une considération qui n'a pas été soulevée par M. Walther, c'est la structure des poches. A côté des kystes séreux et les réunissant, il existe des poches dermoïdes ou des cordons de structure dermo-épidermique qui ne pourraient guérir par le drainage; tel est le cas que j'ai opéré il y a quatre semaines chez une jeune fille de 14 ans. Sa tumeur datait de la naissance, s'étendant du côté gauche, depuis l'apophyse styloïde jusqu'à l'os tyroïde, elle adhérait aux muscles styliens et s'appliquait aux vaisseaux carotidiens, elle se composait de deux gros kystes séreux réunis par des cordons ou tubes plus denses, de 2 ou 3 petits kystes. La dissection dura plus d'une heure. Je fus obligé de laisser un petit cordon adhérent à l'apophyse styloïde, mais j'introduisis, à froid, comme un stylet, une fausse anse galvanocaustique et fis passer un courant afin de déterminer une réaction du recèlement. La réunion fut faite sans drainage et obtenue en huit jours, la cicatrice est dissimulée et peu visible, j'ai revu la malade ces jours-ci. L'examen histologique nous a montré qu'à côté des kystes séreux, certaines portions, telles que les tubes ou cordons, étaient de nature dermo-épidermique avec glandes sébacées, poils, etc. ; je doute que le drainage eût suffi à amener la guérison.

M. Kirmisson. — Je suis de l'avis de M. Walther, cependant il faut savoir qu'on peut se trouver en présence de grosses difficultés; il est intéressant de savoir que, même dans le cas où on est obligé de laisser cette portion de tumeur, on obtiendra un bon résultat.

Je puis citer un fait analogue à celui de M. Verchère ; je fais observer à M. Quénu que la discussion ne porte que sur les kystes séreux et non sur les dermoïdes.

M. Quénu. — Je répondrai à M. Kirmisson que les kystes sont parfois complexes en partie ou en partie dermoïdes, et que ce n'est que la dissection qui permet de s'assurer de la complexité de la tumeur.

M. Walther. — Je n'ai eu en vue que les kystes séreux congénitaux ; il est évident que si, au cours de l'extirpation, on rencontre

des parties dermoïdes, il faudra, à plus forte raison, tâcher de faire l'extirpation complète.

Suite de la discussion sur le prolapsus du rectum.

M. Gérard-Marchant. — Les observations de *recto-coccypexie* que j'ai jointes à ma communication de la semaine dernière ont été adressées à la Société de chirurgie par le Dr Chupin, médecin-major de l'armée, à l'appui de sa candidature comme membre correspondant de la Société de chirurgie. Vous voudrez bien vous souvenir des faits intéressants envoyés par notre confrère, faits auxquels il n'y a aucune critique à adresser, et l'insérer dans un rang honorable parmi les candidats au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

M. Schwartz. — La communication de notre collègue Nélaton sur le traitement des prolapsus du rectum est pleine d'intérêt ; l'opération en deux temps, qu'il a pratiquée par la laparotomie d'abord pour isoler de ses connexions l'intestin flottant, puis par l'anus pour le réséquer et traitement combiné, et nous désirons que le résultat thérapeutique soit à la hauteur de la conception opératoire. Jusqu'à ce que l'efficacité nous en soit démontrée, nous restons partisans des interventions combinées pratiquées sur le rectum et l'anus, d'autant plus que nous n'avons qu'à nous louer des résultats qu'elles nous ont procurés au moins dans les cas moyens. J'ai eu l'occasion de voir et d'opérer en mars 1894 un énorme prolapsus du rectum dont je vais me permettre de vous résumer rapidement l'histoire.

Il s'agissait d'une femme de 57 ans, atteinte d'une chute du rectum qui remontait à sa tendre enfance ; jusqu'à l'âge de 52 ans les inconvénients qui en résultaient avaient été supportés assez facilement. Mais depuis, ils se sont accentués, chaque selle, chaque effort, voire même la station debout amènent l'issue de l'intestin que la malade rentre facilement, mais avec de fortes douleurs ; depuis quelque temps, elle a des alternatives fréquentes de diarrhée et de constipation, et une incontinence complète des selles liquides et des gaz. La situation étant devenue intolérable, elle m'est adressée, et je constate les faits suivants : inertie complète du sphincter anal, tellement dilatable que trois doigts pénètrent facilement dans le rectum ; l'anus donne issue, au moindre effort, à une masse grosse comme le poing, rose, plissée, couverte de mucus qui n'est autre qu'une invagination du rectum ; une rigole circulaire complète existe entre l'anus et la tumeur. Elle se réduit facilement, mais ressort dès que la patiente est debout, et à plus forte raison dès qu'elle marche.

Je pratiquai l'opération suivante :

1° Huit raies de feu au thermocautère lardèrent le boudin prolobé de tractus bas, de façon à traverser toute la muqueuse. Réduction ;

2° Incision médiane partant de l'anus, remontant sur le coccyx. Elle me permet de masquer le coccyx et de dénuder rapidement la partie latéro-postérieure du rectum. Un doigt placé dans l'anus, comme notre collègue Gérard Marchant, je place de chaque côté de la ligne médiane deux sutures à la soie n° 2, qui, serrées, racourcissent le rectum en arrière et latéralement ; laissant un des chefs des points de suture, nous les nouons ensemble après avoir traversé à faux fil la paroi rectale transversalement, de façon à produire un rétrécissement dans le sens transversal en même temps que nous avons obtenu un racourcissement dans le sens vertical. Les fils du haut sont passés dans le tissu primaire et noués seulement ensuite ;

3° Cela fait, nous réséquons largement les tissus anaux et périanaux en arrière, en forme de V à sommet postérieur, cela profondément, dans le but de rétrécir le sphincter externe ; suture en bourse de l'extrémité de la muqueuse rectale, suture de la peau et des tissus sous-jacents, aux crins de Florence.

Cette anorectopérinéorraphie postérieure large est suivie d'une intervention semblable sur la partie intérieure beaucoup moins tendue.

Tout est refermé, à l'exception de la plaie postérieure qui laisse passer un drain.

Tamponnement rectal à la gaze iodoformée autour d'un gros drain pour le passage des gaz. Enlèvement du drain au bout de 24 heures.

La malade, opérée le 19 mars, sort guérie le 15 avril.

Nous l'avons suivie depuis. Dans les huit mois après l'intervention, nous avons pu constater la guérison du prolapsus ; toutefois, elle a un peu de prolapsus muqueux quand elle va à la selle et surtout quand elle a des crises de diarrhée ; chose plus remarquable, le sphincter a repris, en partie, ses fonctions et serre un peu le doigt introduit dans l'anus.

En somme, l'opération a consisté dans une recto-coccypexie avec raccourcissement et rétrécissement du rectum ; puis dans une large périnéorraphie surtout postérieure, un peu antérieure. Plus récemment, en février 1896, nous avons opéré un second cas, moins accentué comme volume, mais très douloureux.

Cette fois, nous avons réséqué largement la partie procidente, nous avons pratiqué la suture du bout supérieur à l'anus, puis fait une périnéorraphie postérieure en enlevant un triangle à sommet coccygien de la région annorectale inférieure. Le résultat a été très bon et se maintient, quoique nous ayons été obligé de pratiquer au bout de quinze jours une évacuation du gros intestin rempli de matières fécales, d'urines qui ne pouvaient se frayer passage.

En admettant que le résultat thérapeutique soit bon dans le cas de notre collègue Nélaton, nous pensons qu'il y aurait grand avan-

tage à le compléter, à le consolider en y ajoutant une périnéorraphie qui nous paraît indiquée aussi bien qu'elle l'est après l'hystérectomie faite pour les prolapsus génitaux. Nous réserverions cette intervention pour les cas très avancés, en recommandant pour les cas moins graves les interventions combinées, préconisées par nos collègues G. Marchant, Duret et nous-même.

M. Nélaton. — Il faut bien distinguer le cas que j'ai cité du prolapsus simple; c'est pour les cas contre lesquels nous sommes désarmés aujourd'hui que j'avais proposé la conduite opératoire dont je vous ai parlé. Le procédé que j'avais signalé me paraissait rationnel; il est dangereux, car il s'est terminé par la mort.

Communication.

De l'intervention chirurgicale dans les péritonites par perforation au cours de la fièvre typhoïde.

Par M. CH. MONOD.

J'ai été amené récemment, au cours de la discussion provoquée à l'Académie de Médecine par l'importante communication de M. le professeur Dieulafoy *sur l'intervention chirurgicale dans les péritonites de la fièvre typhoïde* [1], à parler incidemment d'un malade opéré par moi à l'hôpital Saint-Antoine, chez lequel mon excellent collègue M. le Dr Jeanselme avait porté le diagnostic de perforation intestinale survenue au cours d'une fièvre typhoïde.

Je vous demande la permission de consigner dans nos bulletins cette observation avec tous les détails qu'elle comporte et de la faire suivre de quelques courtes réflexions.

Observation [2]. — R..., homme de 35 ans, boulanger, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le Dr Jeanselme, le 20 octobre 1896. Rien à noter dans ses antécédents pathologiques qu'une pneumonie, il y a deux ans. Depuis il a été bien portant; mais, sans ouvrage depuis quatre mois, il a souffert de privations.

Il y a vingt jours, par conséquent vers le 1er octobre, il a été pris de malaise, sensation de grande fatigue, épistaxis, céphalalgie intense. Dix jours après, fièvre, frissons, toux. Il se décide au bout de quelques jours à entrer à l'hôpital, où il est admis le 20 octobre.

[1] Dieulafoy, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 3e série, t. XXXVI, p. 475 (séance du 27 octobre 1896).

[2] D'après les notes de M. Kahn, interne de M. Jeanselme, et de M. Vanverts, interne de mon service.

État à l'entrée. — Facies pâle, traits tirés. Céphalalgie intense, surtout frontale. Le malade est prostré, répond mal; il est pris de vertige lorsqu'on le fait asseoir.

La fièvre est intense, 40° ce matin; 39°,4 hier soir. La peau est chaude et brûlante. Pouls rapide et bien frappé, 90. Inspirations, 26 à la minute.

Depuis quelques jours, le malade a une diarrhée jaunâtre et fétide. Le ventre n'est pas ballonné mais douloureux, spontanément et à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite. Gargouillements au même niveau.

Thorax : percussion normale ; nombreux râles sibilants et ronflants des deux côtés. Toux sans expectoration.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes. La rate est perceptible à la pression, la matité splénique est de 6 centimètres. L'estomac n'est pas dilaté.

L'appétit a complètement disparu. La langue est sèche, rouge sur les bords, blanche au centre.

Le malade se plaint surtout de la céphalalgie qui l'empêche, dit-il, de dormir. Pas de vertige.

Pas de taches rosées lenticulaires.

Le *séro-diagnostic pratiqué est positif.*

On continue le traitement par les bains froids, à 20°, toutes les trois heures. Potion à base de benzo-naphthol, 1gr,50.

21 *octobre.* — Pas de délire. La diarrhée persiste. T. 40°. La céphalalgie persiste intense. Toujours pas de taches rosées.

24 *octobre.* — Le malade se sent mieux, dit-il. La prostration est moindre. T. 39°,2. La diarrhée continue.

26 *octobre.*— La température qui, s'était abaissée hier à 38°,9, s'élève aujourd'hui à 39°6 ; P. 100. Le ventre n'est ni douloureux ni ballonné.

27 *octobre.* — On trouve ce matin le malade dans un état général très grave. A minuit, subitement, il a été pris d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite qui n'a pas tardé à se généraliser. Au bout de deux heures, hoquet incessant, nausées, puis vomissements bilieux. Au matin, le facies est grippé, le nez pincé, les yeux cernés. Le pouls est à 116, il est filiforme, la température s'élève à 40°. Le ventre est ballonné, extrêmement douloureux ; l'examen approfondi en est impossible. La diarrhée qui existait la veille persiste ; pas de selles sanglantes. M. Kahn, l'interne de service, avait songé, malgré l'élévation de la température, à une perforation intestinale ; cet avis est partagé à son arrivée par M. Jeanselme, qui voulut bien me consulter sur l'opportunité d'une intervention qu'il croyait possible.

En présence de la gravité des accidents, de la date relativement récente de leur apparition ; me souvenant d'ailleurs que l'intervention chirurgicale avait été, dans des cas il est vrai très rares, suivie de succès ; bien persuadé enfin que si l'on n'agissait pas la mort devait suivre sûrement et à bref délai, je me décide à aller par une laparotomie à la recherche de la perforation supposée. J'ajoute que les souffrances du malade étaient

telles que non seulement il accepte mais réclame toute intervention capable d'y mettre un terme.

Opération à 10 h. 30 m. du matin, le 27 octobre. — Dès l'ouverture du ventre, un flot de liquide séro-purulent s'écoule, en même temps que les anses intestinales apparaissent rouges, et couvertes de produits pseudo-membraneux, indice d'une péritonite déjà généralisée. Je dirige immédiatement mes recherches vers la fosse iliaque droite, et ramène bientôt au dehors une anse intestinale grêle présentant sur son bord convexe un orifice gros comme une tête de grosse épingle, à travers lequel s'écoule, par un jet continu, le contenu liquide de l'intestin. Je ferme immédiatement cette ouverture par une suture à la soie, à deux étages, parallèle à l'axe de l'intestin. Recherchant s'il n'existe pas d'autres lésions semblables, j'explore l'intestin jusqu'à son abouchement avec le cœcum ; en ce point je constate l'existence d'un épaississement de la paroi, qui doit correspondre à une plaque de Peyer. Au centre de cette tuméfaction, M. Jeanselme me fait remarquer une tache blanchâtre qui pourrait bien être un point faible en imminence de rupture ; à ce niveau se trouve précisément une frange péritonéale que je fixe par quelques points de suture, à la manière d'un opercale, sur la paroi intestinale malade.

Je rentre alors les anses intestinales sorties, cherchant à mesure si je ne découvre pas quelque autre perforation. Je lave largement la cavité péritonéale à l'eau bouillie chaude, et referme la plaie abdominale à l'exception de son extrémité inférieure, où je laisse à demeure une mèche de gaz iodoformée et un drain.

Suites. — Le soir, la température était retombée à 38°,6, mais le pouls restait à 116 et les vomissements continuaient. Le malade avait toute son intelligence et se réjouissait de ne plus souffrir. Le lendemain, 28 octobre, T. 38°,9, le pouls est encore assez bon mais il ne tarde pas à faiblir, les vomissements persistent. Il n'y a toujours aucune souffrance ; le malade fait des projets d'avenir et me demande de lui procurer un secours lorsqu'il sortira de l'hôpital.

La journée se passe, ainsi qu'une partie de la nuit, dans un état qui va en s'aggravant; le pouls devient de plus en plus irrégulier et froid, et la mort survient dans le collapsus le 29 octobre, à 4 heures du matin.

A l'autopsie, on constate qu'il n'existe plus trace de liquide intestinal de la cavité péritonéale, mais la péritonite a poursuivi son cours ; les anses intestinales, de couleur rougeâtre, sont agglutinées entre elles.

La suture a bien tenu ; l'accolement est complet, tant du côté séreux que du côté de la cavité intestinale. La perforation siégeait à 30 centimètres du cœcum.

Il existait, au voisinage de la perforation suturée, un autre point très aminci, qui se serait sans doute rompu à son tour, si le malade avait survécu, car il cède dans les manœuvres d'ablation de l'intestin

L'examen bactériologique du liquide, recueilli à l'ouverture du ventre lors de l'opération, a été pratiqué par M. Kahn, qui veut bien me remettre la note suivante :

1° *Examen direct.* — Après coloration : bacilles de dimensions variables, sans autres microbes apparents sur la préparation.

2° *Cultures.* — Ensemencement dans bouillon et sur gélose.
Bouillon : trouble se produit le premier jour, s'accentue le lendemain, et donne lieu à une production floconneuse au fond du tube ; odeur fétide. — *Gélose* : culture abondante, blanche, mate.

L'examen de ces deux milieux ensemencés montre le même bacille qu'a montré l'examen direct du pus, avec la même variation de longueur et de forme. Il n'y a pas d'autres microbes. Ce bacille se décolore par la méthode de Gram.

Pour voir si nous avions affaire au coli bacille ou au bacille d'Eberth, nous avons recherché la réaction agglutinante de Widal. Dix gouttes de culture de ce microbe, sur bouillon de vingt-quatre heures, en présence d'une goutte du sérum d'un des typhiques, actuellement en traitement dans le service, et dont le diagnostic a été vérifié antérieurement, ont subi l'agglutination au même degré que les cultures de bacille typhique avéré.

C'est donc bien du *bacille d'Eberth* qui se trouve à l'état de pureté dans le pus de la péritonite, à l'exclusion du coli bacille.

Cette absence de coli bacille explique peut-être l'anomalie de la courbe thermique au moment de la perforation.

Remarques. — J'ai, à propos de cette observation, cherché à me rendre compte des résultats que semblable intervention avait donnés jusqu'à ce jour.

Leyden, le premier, en 1884, émit l'idée qu'il pourrait être utile d'agir chirurgicalement dans les cas de perforation intestinale survenant au cours d'une fièvre typhoïde. La même année, Mikulicz mit ou crut mettre ce conseil en pratique ; son opéré guérit. Je dis *crut mettre*, car, dans ce cas, il n'est pas certain que le malade fût atteint de fièvre typhoïde. Il n'en était pas de même chez celui de Lücke, opéré trois ans plus tard (1887) ; ici la fièvre typhoïde n'était pas contestable ; le malade mourut.

Louis, auquel j'emprunte ces détails, a publié dans le *Progrès médical*[1], en 1890, une première revue sur ce sujet; il réunit 11 observations (celle de Mikulicz mise à part) avec 11 décès. Van Hook[2], à propos d'un cas heureux qui lui est personnel, en rassembla 19 semblables avec 4 guérisons : proportion de succès, comme je le montrerai, beaucoup trop forte, et qui ne peut s'expliquer que par une critique trop peu sévère des cas publiés.

Pearce Gould[3] et Parkin[4] sont évidemment moins faciles à con-

[1] Louis, *Progrès médical*, 1890, t. II, p. 512.
[2] Van Hook, *Med. News*, 1891, t. II, p. 591.
[3] Pearce Gould, *Brit. med. Journ.*, 1894, t. II, p. 859 (Comm. au Congrès de l'*Assoc. med. brit.* Bristol, 1894) et *Bulletin médical*, 1894, p. 838.
[4] Parkin, *Brit. med. Journ.*, 26 janvier 1895, t. I, p. 192, et *Presse médicale*, 1895, p. 216.

tenter, puisque, à trois ans de là, ils arrivent, avec un total l'un de 18, l'autre de 20 cas, l'un et l'autre avec une seule guérison.

Mais voici que, la même année, (1895) le chiffre total des opérations s'élève avec Abbe[1] à 24 et celle des guérisons à 6.

De pareils écarts, se rapportant à des faits semblables, ne peuvent évidemment tenir qu'à une appréciation différente de la valeur des observations.

Notre collègue, M. Lejars[2], dans sa statistique reproduite par M. Dieulafoy à l'Académie de médecine, l'a bien senti. Lui aussi groupe 25 cas en tout, avec un chiffre apparent de 6 guérisons. Mais il reconnaît que, sur ces 6 cas heureux, 3 seulement sont de nature à ne pas prêter à discussion.

Et encore, parmis ces trois cas qui sont seuls retenus, il en est un, celui de Netschajew et Trojanow[3], dans lequel le diagnostic porté de fièvre typhoïde est peut-être discutable.

Je vous en fais juge. Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, pris subitement d'une douleur violente dans l'abdomen avec sensation de faiblesse, à la suite de quoi se développent tous les signes d'une péritonite aiguë généralisée. On le transporte à l'hôpital, où le diagnostic de perforation intestinale est porté et où Trojanow l'opère dix-sept heures après le début des accidents. On trouva une perforation à 20 centimètres environ de la valvule iléo-cœcale. Comme on ne découvrit aucune autre cause de perforation, comme le malade disait être souffrant depuis trois semaines, on porta par exclusion le diagnostic de fièvre typhoïde (typhus ambulatorius). Mais je fais remarquer que l'on ne paraît pas, dans ce cas, avoir observé, au cours de l'opération, les lésions si caractéristiques et ordinairement si évidentes de la fièvre typhoïde (tuméfaction des plaques de Peyer sensibles et souvent visibles dans l'épaisseur de la paroi intestinale) et, d'autre part, que, comme M. Letulle l'a fait remarquer, et comme j'ai eu moi-même occasion de le voir, il existe, en dehors de la fièvre typhoïde, des cas de perforation de l'intestin dont le mécanisme demeure mal connu[4].

J'ai discuté un peu longuement cette observation parce qu'elle compte parmi les principaux faits compris à l'actif de l'intervention dans les cas qui nous occupent.

M. Houzé, par exemple, l'auteur d'un excellent et tout récent travail sur l'*intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë*

[1] Abbe, *Medic. Record.*, 5 janvier 1895, p. 1.

[2] Lejars, *Presse médicale*, 1896, p. 2.

[3] Netschajew et Trojanow, *The medical New.*, 1894, t. II, p. 609, et *Centralblatt f. Chirurgie*, 1894, p. 1209.

[4] Voy. Barbe, Étude sur certaines formes de perforation de l'intestin grêle (*Thèse de Paris*, 1895).

diffuse par perforation spontanée [1], tout en reconnaissant que l'observation de Netschajew et Trojanow « manque un peu de précision » et qu'il serait, à la rigueur « permis d'élever des doutes sur la nature de l'accident », ne la compte pas moins dans le relevé qu'il fait des laparotomies pour péritonite par perforation dans la fièvre typhoïde. Il arrive à un total de 28 cas avec 6 guérisons.

J'ai fait, de mon côté, avec le concours de mon excellent interne M. Vanverts un relevé semblable, comprenant quelques faits connus depuis la publication du travail de M. Houzé. Le nombre de ces cas s'élève à 32, avec un chiffre de guérisons réduit à 5, parce que je défalque l'observation de MM. Netschajew et Trojanow.

Ces cinq cas de guérisons sont eux-mêmes loin d'avoir tous, au point de vue de l'enseignement à en tirer, semblable valeur.

Voici par exemple, les cas de Murphy et de Ill. Nous ne possédons à leur sujet qu'une courte mention. C'est au cours d'une séance de l'association de gynécologie et d'obstétrique de Chicago, en septembre 1895, à la suite d'une communication de M. Laidley [2], sur le traitement chirurgical de la perforation typhoïdique, que « M. Murphy rappelle un succès obtenu par M. Ill, chez un malade atteint de cette complication, et rapporte lui-même des cas dans lesquels il est intervenu heureusement ».

C'est aussi au cours d'une discussion sur les péritonites par perforation, au XVIIIe Congrès de Chirurgie allemand, en 1889 [3], que Wagner raconte, en quelques mots, qu'il a obtenu par laparotomie la guérison d'un malade atteint de perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde, parvenue à la période de convalescence.

Des observations ainsi rapportées sont évidemment insuffisantes. Non, qu'on l'entende bien, que je conteste la valeur d'affirmations données par des hommes tels que Murphy et Wagner; mais lorsqu'il s'agit d'une intervention aussi grave que celle qui est en jeu, et dont la portée est et doit être discutée, il faut évidemment, pour aider le chirurgien à prendre un parti, des documents plus précis; et cela, d'autant plus, qu'il s'agit de cas où la guérison, si rare de l'aveu de tous, a été obtenue.

Restent encore deux cas de guérison. Ceux-ci ne sont pas contestables, ils appartiennent à Van Hook (1891) et Abbe (1895).

Il est à remarquer que la malade de Van Hook [4] a été opérée comme celle de Wagner, à la période de convalescence, trente-

[1] Houzé, *Thèse de Paris*, 1896.
[2] Laidley, *New-York med. Journ.*, 1895, t. II, p. 539.
[3] Wagner, *Centralblatt f. Chirurgie*, 1889, suppl., p. 66.
[4] Van Hook et Abbe, *loc. cit.*

sept jours après le début de la maladie et dix heures après celui des accidents de perforation, circonstances favorables sur l'importance desquelles j'aurai à revenir.

Il n'en était pas de même chez l'opérée de Abbe. Elle n'était qu'à trois semaines du début de la maladie, dans une période d'accalmie, il est vrai, qui faisait espérer qu'elle entrait en convalescence, lorsque, brusquement, survinrent des accidents graves que l'on songea à rapporter à une perforation. Ce ne fut que deux jours et demi plus tard, et à la suite d'une exacerbation de ces phénomènes graves, que le chirurgien fut appelé et opéra sur-le-champ.

A ces faits heureux, je pourrais ajouter celui de Ferraresi (1895), [1] mais je n'en possède que le titre : *Laparotomie pour péritonite par ulcération typhique, résection partielle de l'intestin ; guérison.* Il m'a été impossible jusqu'ici de me procurer l'original. Jusqu'à plus ample informé, ce fait doit donc rester en dehors du débat.

Cette discusion des faits, quelque aride qu'elle soit, était nécessaire pour montrer qu'il ne faut pas accepter en bloc et sans examen les résultats annoncés dans les relevés publiés jusqu'ici.

Je n'en conclus pas cependant, quelque peu nombreux que soient les cas certains de guérison, que l'intervention chirurgicale dans les péritonites par perforation typhique soient d'ores et déjà condamnables.

Il est, du moins, un point absolument acquis et qui ressort de l'examen de toutes les observations que j'ai dépouillées, c'est que la découverte de la perforation et la suture de l'intestin malade sont choses non seulement possibles, mais relativement faciles ; que, de plus, cette suture est efficace, en ce sens que l'on a pu constater dans toutes les autopsies que l'obturation était bien et dûment obtenue. Mais ce n'est là, malheureusement, qu'un des moindre côtés de la question.

Vous savez les objections que l'on fait à l'action chirurgicale en pareil cas.

Vous opérez, nous dit-on, un malade déjà épuisé par quinze, vingt, vingt-cinq jours d'une affection grave, déprimante au premier chef, et cela dans l'état de collapsus où le jette le fait même de la perforation. Rien de plus juste, assurément, en théorie. Mais tous les malades ne se présentent pas dans cet état alarmant. C'est à nous de n'agir que si le malade nous paraît en état de supporter l'intervention.

Second point : l'irruption des matières intestinales dans le péritoine à travers la perforation est tellement rapide et abondante,

[1] Ferrœresi, *Soc. lancisiona*, Roma, 22 décembre 1895 ; indication empruntée à la *Revue des sciences médicales* (*R. bibl.*), 1895, t. XLV, p. 792.

que la péritonite se généralise presque aussitôt et rend toute intervention inutile. — On pourrait argumenter, de même, contre toute opération motivée par une perforation des voies digestives : ulcères de l'estomac et du duodénum, appendicite ulcéreuse, plaies pénétrantes, etc. Je ne tire de ce fait, exact lui aussi, que cette conclusion, à savoir qu'il importe d'agir vite, le plus tôt possible après le début des accidents.

Troisième objection, plus grave assurément. Les perforations chez les typhiques sont rarement uniques comme les lésions (ulcération des plaques de Peyer) qui y donnent lieu, ou, du moins, il est à craindre qu'au niveau d'une plaque de Peyer, voisine de celle qui a provoqué la péritonite, l'ulcération ne poursuive son cours et n'amène ultérieurement, alors même que l'opération primitive aurait donné un effet utile, de nouveaux accidents, ceux-ci inévitablement mortels. C'est exactement ce qui s'est produit dans le cas de notre collègue, M. Routier, rapporté par M. Dieulafoy, à l'Académie de Médecine [2]. Chez mon malade aussi, j'ai constaté, à l'autopsie, l'existence d'un point faible de l'intestin, qui eut très probablement été le siège d'une perforation nouvelle, si le malade avait survécu. A cette objection nous n'avons d'autre réponse à faire que celle-ci : la crainte d'un danger probable ne doit pas nous empêcher de remédier au péril actuel et imminent si nous nous croyons en puissance d'y parvenir.

Enfin, nous objectera-t-on encore, n'est-il pas établi que quelques malades qui ont présenté tous les signes de la perforation intestinale ont cependant guéri ? Murchison, dans son traité *de la Fièvre typhoïde*, rapporte, en effet, jusqu'à six cas où cette terminaison favorable aurait été observée. Mais, sans compter que le diagnostic, en pareille circonstance, pourra toujours être contesté, il n'en reste pas moins que ces faits sont infiniment rares. On sera bien plus près de la vérité clinique en affirmant que la règle, qui comporte bien peu d'exceptions, est que la perforation intestinale, au cours de la fièvre typhoïde, est suivie de mort.

Or, s'il en est ainsi, et si, d'autre part, il est établi que l'intervention chirurgicale a, dans un seul cas — et l'on a vu que nous en possédons au moins deux, — donné un résultat favorable, ne voit-on pas que ce fait, restât-il unique, suffit pour justifier, dans des circonstances aussi désespérées, une action opératoire — si, du moins, certaines conditions favorables sont réunies ?

Ces conditions sont, je le rappelle, au nombre de deux principales. Il faut, d'une part, que le malade ne soit pas, de par l'affection primitive ou de par la complication survenue, dans un état de

[2] Routier et Dieulafoy, *loc. cit.*, p. 494.

dépression telle que toute opération soit évidemment contre-indiquée. Il faut, d'une autre part, que l'on soit appelé auprès de lui dès les premières heures, — neuf à dix heures au plus, — qui suivent le début des accidents de perforation. J'ajoute que l'on peut encore considérer comme favorable la circonstance que la perforation s'est produite au cours de la convalescence ou d'une rechute. Les faits de Wagner, de Van Hook et peut-être aussi celui d'Abbe en témoignent.

Je termine par quelques mots sur la technique de l'opération.

Incision. — Dans un seul cas, à ma connaissance, l'incision a été latérale, à la hauteur de la fosse iliaque droite. On préfèrera, en général, l'incision médiane, qui donne plus de jour, permet une meilleure inspection du paquet intestinal, et peut plus facilement être prolongée dans l'étendue nécessaire.

Recherche de la perforation. — Le ventre ouvert, on ira immédiatement à la recherche du cœcum et de l'anse intestinale grêle voisine. C'est ordinairement à 15,20 ou 30 centimètres au plus que se trouve le point malade. J'ai déjà dit que sa découverte n'est ordinairement pas difficile.

Traitement de la perforation. — Je donne sans hésiter la préférence à la suture toutes les fois qu'elle sera possible. Elle sera faite « à la Lembert » avec de la soie fine ; les fils seront disposés de façon à refouler vers la cavité de l'intestin à la fois le point perforé et le tissu induré voisin constitué par la plaque de Peyer malade. C'est dire que l'on s'appliquera à placer les fils sur une portion de paroi intestinale saine. Deux, parfois trois étages de suture seront nécessaires pour obtenir une occlusion complète. Il résultera de cette manière de faire un pli longitudinal de l'intestin, parallèle à son axe, qui en diminue le calibre. J'ai pu à l'autopsie de ma malade, constater que cette diminution n'est pas telle qu'elle puisse troubler la circulation des matières.

La résection de l'intestin et surtout l'entéro-anastomose me paraissent des opérations trop compliquées et trop longues, dans ces circonstances où il importe d'aller vite.

Mieux vaut, si la lésion est trop étendue, se résigner à établir un anus contre nature et fixer l'intestin ouvert à la paroi. Certains chirurgiens ont conseillé d'avoir recours dans tous les cas à cette pratique qui leur semble plus sûre.

Lavage et drainage. — Quelques auteurs redoutent le lavage de la cavité péritonéale et conseillent de se contenter d'un nettoyage minutieux avec des compresses stérilisées. Je ne partage pas cette

manière de voir. Lorsque l'on a assisté à une de ces laparotomies pour péritonite suppurée généralisée, lorsque l'on a vu ces flots de liquide qui s'échappent de toutes parts du ventre ouvert, il semble bien qu'un grand lavage puisse seul entraîner au dehors tous les produits nocifs.

Ce lavage, fait avec de l'eau bouillie chaude et salée, est sans inconvénient. M. Hook y trouve même des avantages : il atténuerait selon lui le choc opératoire. Il n'a pas, en tous cas, l'inconvénient qu'on lui a reproché, de disséminer les produits morbides dans toute l'étendue du ventre, puisque, dans la plupart de ces cas, la péritonite est déjà générale.

Le drainage est nécessaire. Il se fait à l'aide d'un gros drain entouré de gaze iodoformée et placé à l'angle inférieur de la plaie. Deux chirurgiens, MM. Trojanow et Abbe ont fait plus, ils n'ont pas réuni la plaie ; leurs malades ont guéri. Je me contente d'attirer l'attention sur cette pratique qui n'est pas habituelle, mais dont ces deux faits heureux montrent la valeur.

Je ne parle des *soins consécutifs* que pour en signaler après bien d'autres l'importance. Tout ce qui pourra être tenté pour relever les malades profondément déprimés sera évidemment de mise. Je rappelle que notre collègue Lejars a tout particulièrement insisté sur l'utilité en pareil cas des injections intra-veineuses de sérum artificiel, à doses massives.

J'ai tenu, Messieurs, à porter devant vous une question qui est encore à l'étude, heureux si ma communication vous incite à produire des documents et des arguments capables d'éclaircir notre religion dans ces cas de détermination chirurgicale difficile.

Discussion.

M. Routier. — Comme vient de le dire notre président, j'ai eu l'occasion de traiter un cas de perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde, c'était dans le service du professeur Dieulafoy.

Il s'agissait d'un homme jeune, sergent de ville, qui vers le neuvième jour fut pris de douleur vive dans la fosse iliaque droite, avec chute de trois degrés de la température.

Je fis la laparotomie au niveau des points douloureux et trouvai deux perforations à quelques centimètres de distance l'une de l'autre, sur la partie terminale de l'intestin grêle.

Ces deux perforations furent suturées par deux plans de sutures à la Lembert, je nettoyai la région et passai des crins d'attente dans la paroi sans les serrer ; deux drains et deux mèches furent placés et le malade reporté dans son lit.

Il a paru guérir d'abord, mais le huitième jour les phénomènes typhiques reprenaient avec intensité et il mourait le douzième jour avec trois nouvelles perforations. Celles que j'avais suturées étaient guéries.

Je signale ce fait, que mon malade a été opéré le 9e jour de sa fièvre typhoïde, par conséquent en pleine évolution de la maladie ; j'ai pu, au cours de la laparotomie, sentir plusieurs plaques de Peyer dures et malades, autant de menaces de perforations nouvelles dont quelques-unes ont malheureusement abouti.

Il y a une énorme différence, en effet, au point de vue des pronostics à établir, entre les cas de perforation qu'on observe au début, ou ceux qu'on observe vers la terminaison de la maladie. Ce sont ceux-ci surtout qui donneront du succès. Dans les quelques recherches que j'ai faites, il m'a semblé que les cas très rares du reste qui ont guéri étaient des cas de perforation de la convalescence ou au moins de la fin de la maladie.

Est-ce à dire qu'il faille s'abstenir ? non, car je reste convaincu que ces malades sont, si on les abandonne, voués à la mort.

Je crois qu'il faut faire la laparotomie au niveau du point douloureux ; souvent il y a à ce niveau une voussure légère de la paroi ; peu importe si on traverse les muscles.

Il faut drainer. Ces cas heureux ont tous été drainés, soit avec des drains, soit avec des mèches.

Présentations de malades.

M. Hartmann présente une malade opérée pour une péritonite généralisée consécutive à une salpingite au cours d'une grossesse ; guérison et continuation de la grossesse.

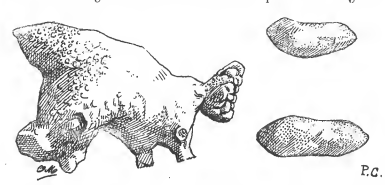
M. Rochard présente un malade opéré pour un anus contre nature par la résection du cœcum (M. Richelot, rapporteur).

Présentation de pièces.

Calculs du rein et néphrolithotomie.

M. Tuffier. — Les deux pièces que je vous présente sont deux calculs du rein. Je vous les montre ensemble pour les opposer l'une à l'autre, au point de vue anatomique, clinique et opératoire.

Le premier est un énorme calcul grenu ramifié à cinq branches, pesant 40 grammes, que j'ai pu extraire du rein droit d'un homme entré à la maison Dubois. Il ne donnait lieu, depuis un an, à aucune hémorrhagie. Le malade ne souffrait que dans les grands



mouvements. Mais dans une attaque récente de colique néphrétique, il avait été anurique pendant trente-six heures. Le calcul était moulé sur le rein, qui ne présentait aucune augmentation de volume.

La deuxième pièce est formée de deux calculs lisses du bassinet, ayant le volume et la forme d'une amande. Je les ai extraits du bassinet droit d'un homme qui avait des douleurs persistantes de coliques néphrétiques frustes depuis deux ans. Le rein aseptique était très peu augmenté de volume, mais le bassinet était dilaté, comme la succession des attaques de coliques néphrétiques pouvait le faire croire.

Le manuel opératoire, dans ces deux cas, a été celui que j'ai toujours suivi dans les cas de calculs du rein aseptique et non augmenté de volume. Voie lombaire et décortication du rein. Le gros calcul était facile à sentir, mais difficile à extraire parce qu'un prolongement pyélique empêchait la compression du pédicule du rein, et je dus ouvrir successivement au bistouri le bord convexe de la glande, puis chacun des calices ; de plus, il adhérait intimement à quatre des calices et au bassinet. Le sujet était gras, mais les manœuvres étaient facilitées par une instrumentation spéciale : larges écarteurs, bistouris longs, boutonnés et courbés, spatules mousses dont je puis vous recommander l'emploi dans les cas difficiles. Les difficultés opératoires inhérentes aux petits calculs tenaient surtout à l'examen négatif du rein. La glande mise à nu dans toute son étendue, les recherches directes par la palpation et l'acupuncture furent vaines et, là encore, ce n'est que l'incision sur le bord convexe et l'introduction du doigt dans le bassinet qui me permirent de sentir libres et d'extraire les calculs.

C'est la troisième fois que j'ai recours avec succès à cette manœuvre, déjà conseillée par Morris, sur huit opérations de néphrolithotomie pour lithiase aseptique.

Dans ces deux cas, l'uretère cathétérisé était perméable. Les malades porteurs de ces concrétions rénales ont guéri.

L'homme au gros calcul n'a pas été drainé. Le malade aux petits calculs du bassinet était d'un embonpoint énorme et j'ai drainé la plaie par précaution.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
QUÉNU.

Séance du 25 novembre 1896.

Présidence de M. CH. MONOD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

Suite de la discussion sur les perforations dans la fièvre typhoïde.

M. BRUN. — A propos de la très importante communication de notre président, M. Charles Monod, sur l'*intervention chirurgicale dans les péritonites par perforation au cours de la fièvre typhoïde*, je vous rapporterai brièvement une observation qui, en venant grossir le chiffre des insuccès, s'ajoute à beaucoup d'autres pour démontrer que la multiplicité des lésions constituera trop souvent l'obstacle insurmontable contre lequel viendront en pareil cas échouer les efforts du chirurgien.

Le 9 novembre dernier, j'étais appelé par mon collègue et ami, le Dr Moizard, auprès d'un enfant de 14 ans qui présentait les signes indiscutables d'une péritonite généralisée.

Entré le 8 octobre à l'hôpital, cet enfant était alors au déclin d'une fièvre typhoïde à symptômes atténués, mais dont le diagnostic avait cependant pu être affirmé par l'épreuve du séro-diagnostic. Le 25 octobre commençait une rechute qui, jusqu'au 8 novembre, se déroulait avec ses caractères habituels et sa courbe thermique caractéristique.

Le 8 novembre au matin, le thermomètre marquait 37°,5 et l'état de l'enfant était satisfaisant, mais à 1 heure de l'après-midi survenaient brusquement de violentes douleurs de ventre et des vomissements; à 5 heures, la température était de 40°, le ventre commençait à se ballonner et était partout sensible à la pression ; les vomissements continuèrent. Malgré l'application de glace et l'administration d'une potion opiacée, les symptômes de péritonite s'accentuèrent pendant la nuit et le 9, à 10 heures du matin l'état était des plus graves. On me montra, en effet, un enfant dont les traits étaient grippés, les yeux excavés, la voix presque absolument éteinte. Son ventre généralement ballonné était très douloureux à la pression, sans qu'en aucun point la douleur parut plus marquée qu'en un autre. La température était de 38°, le pouls à peine sensible, très rapide absolument incomptable. Le diagnostic de péritonite septique généralisée s'imposait, et la seule question qui pût être discutée était celle de l'opportunité d'une intervention.

Bien que les chances de succès me parussent des plus problématiques, la guérison spontanée étant évidemment impossible, je ne crus pas devoir m'abstenir et je fis immédiatement la laparotomie.

Je pratiquai une incision médiane de l'ombilic au pubis. Lorsque j'ouvris le péritoine, il s'en échappa quelques 100 grammes d'un liquide louche, analogue à du bouillon sale, contenant en suspension des grumeaux jaunâtres et qui provenaient à la fois de tous les points du ventre. Après la sortie de plusieurs anses intestinales très vascularisées, j'arrivai rapidement et facilement sur une perforation arrondie, de 1 centimètre de diamètre environ, par laquelle s'échappaient abondamment des matières jaunes dont l'anse était remplie. J'en pratiquai l'occlusion à l'aide d'un double plan de sutures de Lembert, et un grand lavage du péritoine fut effectué avec 4 litres d'eau bouillie. L'incision fut suturée en partie et deux gros drains furent placés à sa partie inférieure plongeant, l'un dans le petit bassin, l'autre dans la fosse iliaque droite. L'opération avait été très rapide et, malgré l'état de faiblesse extrême dans lequel il se trouvait, l'enfant avait bien supporté le chloroforme.

Pendant quarante-huit heures, l'opération ne parut avoir apporté aucune modification à l'état général. Le 3e jour, le pouls était meilleur, la faiblesse un peu moindre, les vomissements avaient cessé, mais le ballonnement du ventre persistait et il s'écoulait par la plaie, à chaque pansement, une assez grande quantité de pus infect mêlé de matières jaunâtres. Le 5e jour, la température tomba à 36°,5 et le 15 octobre, 6 jours après mon intervention, l'enfant succomba. Il avait pendant ces 6 jours, reçu quotidiennement 1,500 grammes de solution salée physiologique en injections sous-cutanées, 8 centigrammes d'extrait thébaïque et, comme boisson, du champagne et du lait en très petite quantité.

A l'autopsie, nous pûmes constater tout d'abord que la perforation que j'avais suturée était parfaitement oblitérée, elle ne laissait échapper aucune goutte de liquide, mais cinq autres perforations existaient en divers points de l'intestin grêle et, à 50 centimètres du duodenum se trouvait une plaque desphacèle à contours irréguliers, allongée dans le sens transversal présentant 2 centimètres d'étendue dans son plus grand diamètre, 1cm,5 dans son diamètre vertical. Toutes les anses intestinales étaient en outre rouges, distendues, agglutinées entre elles et un liquide séro-purulent, analogue à celui que j'avais évacué au moment de mon opération, remplissait le petit bassin.

De cette observation malheureuse, je ne veux en aucune façon conclure que devant un malade atteint de péritonite par perforation au cours d'une fièvre typhoïde, le chirurgien doit se croiser les bras, et en présence d'un cas semblable, je n'hésiterais pas à opérer de nouveau. Comme le disait M. Monod, si peu nombreux qu'ils soient, il existe des faits indiscutables de guérison et, avec lui, je pense qu'il y a là une raison suffisante pour justifier notre intervention. Je crois cependant qu'on ne saurait trop insister sur ce fait qu'on se trouve, dans la péritonite par perforation au cours de la fièvre typhoïde plus que dans toute autre, en présence de conditions particulières qui rendront trop souvent cette intervention inefficace, et je crois que la multiplicité des perforations doit être considérée comme une de ces conditions contre laquelle il nous sera le plus difficile de lutter avec succès.

M. Lejars. — Je désire exposer brièvement à la Société l'histoire de deux malades chez lesquels j'ai pratiqué la laparotomie et suturé une perforation intestinale, au cours de la fièvre typhoïde.

Le premier est un garçon d'une douzaine d'années que j'opérai d'urgence, à l'hôpital Trousseau, en 1893.

Malade et alité depuis un dizaine de jours, il était atteint depuis la veille de tous les accidents d'une péritonite grave : le ventre, très ballonné, était mat dans toute la région sous-ombilicale, la douleur diffuse sans aucune prédominance dans la fosse iliaque droite, le facies était tiré et de très mauvaise apparence, le pouls fréquent et petit. Sans pouvoir faire, en l'absence de renseignements détaillés, autre chose que des hypothèses sur l'origine de cette péritonite aiguë à début brusque, je fis la laparotomie, là j'évacuai d'abord une abondante quautité de pus séreux qui remplissait le petit bassin et les fosses iliaques. Ceci fait, il me fut facile de m'assurer que le cœcum et l'appendice ne présentaient rien d'anormal; mais, sur l'intestin grêle, approximativement vers le milieu de l'iléon, je découvris, sans beaucoup de peine, les adhérences étant encore rares et molles, une perforation nettement arrondie, de la largeur du petit doigt, entourée d'un bord mince, régulièrement découpé et occupant le centre d'une plaque rou-

geâtre foncé qui tranchait sur la coloration rouge clair du reste de l'intestin. Je retrouvai, en me dirigeant vers la fosse de l'iléon, une série de plaques rouges, foncées, de même aspect, sans autre perforation. L'orifice intestinal fut avivé et suturé, par deux places à la soie fine qui adossaient, par un véritable pli, la paroi intestinale à son niveau. La cavité abdominale fut dévoyée et un drainage à la gaze aseptique laissé dans la partie inférieure de la plaie. L'enfant mourut le lendemain, et l'on put se rendre compte qu'il s'agissait bien d'une dothiénentérie, d'ailleurs un peu anormale, qui avait brusquement abouti à cette perforation suivie de péritonite purulente généralisée.

Le second fait est plus intéressant, car nous avons pu suivre le malade et croire même un moment que notre intervention le sauverait.

Il s'agit d'un jeune Suisse de 24 ans qui était entré à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Fernet, le 20 novembre 1895, avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde grave, quoique d'allures régulières pendant les deux premières semaines. La température était très élevée et ne s'éloignait guère de 40° ; pourtant les bains froids avaient fini par la faire tomber un peu, lorsque, le 1er décembre, vers sept heures du soir, le malade se plaignit brusquement d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite ; la température, qui était à 3 heures de 38°,7 et à 6 heures de 38°,3, avait monté de nouveau à 40°, à neuf heures du soir. Le lendemain matin, le facies était nettement péritonéal, les yeux excavés, le nez pincé, le pouls à 120, petit, fuyant ; le ventre n'était pas ballonné, mais la pression réveillait une douleur extrêmement vive, surtout dans la fosse iliaque droite. Il n'y avait pas eu de vomissement, pas de sang dans les selle. La température était de 39°,5.

M. le docteur Fernet porta le diagnostic de perforation intestinale et voulut bien me montrer le malade et me demander de faire la laparotomie. Je la pratiquai, en sa présence, à 11 heures du matin, soit environ seize heures après le début des accidents.

Le malade supporta très bien l'éther. Le ventre ouvert, je trouvai une notable quantité de liquide séreux mélangé de lait à demi digéré, occupant le bassin et la fosse iliaque droite ; une fois ce liquide évacué, je cherchai le cœcum, il était intact, ainsi que l'appendice ; je commençai à inspecter l'intestin grêle et je trouvai sans peine, à environ 20 centimètres du cœcum, sur le bord convexe de l'ilion, une perforation circulaire à limbe fort net, laissant passer le bout de l'index, et par laquelle s'échappait encore le contenu liquide et jaunâtre de l'intestin ; j'en avivai le pourtour et je la suturai par cinq points séparés de soie fine, à la Lembert, créant un large pli et adossant exactement les surfaces séreuses. La cavité abdominale fut alors dévoyée et l'examen de l'intestin n'ayant révélé aucune trace d'une autre perforation, je refermai le ventre en y laissant un drainage de gaze iodoformée.

L'opération n'avait duré qu'une demi-heure, et le malade s'était ré-

veillé sans difficulté. On commença tout de suite les injections de sérum[1] artificiel par la voie sous-cutanée, en y ajoutant deux injections intra-veineuses par jour; le malade recevait ainsi de 4 à 5 litres de sérum artificiel dans les vingt-quatre heures, il urinait abondamment, et chaque injection intra-veineuse était suivie d'un certain abaissement thermique. Aussi, durant les deux premières journées, la siutation sembla-t-elle assez bonne; dès le soir de l'opération, le pouls était moins fréquent, plus fort, le faciès relativement bon, il n'y avait pas de vomissements, pas de douleur abdominale, seule la température restait élevée et voisine de 40°. Ajoutons que les bains froids avaient dû naturellement être suspendus. Le lendemain, cet état relativement favorable s'étant accusé encore, nous avions conçu un réel espoir, que partageait M. le Dr Fernet. Mais le 4 décembre au matin, la situation avait changé assez brusquement, le pouls était devenu filiforme, sans qu'il se fût produit, d'ailleurs, aucun accident abdominal, et à 10 heures du matin, le malade s'éteignait.

A l'autopsie, on trouva la perforation bien fermée et les surfaces séreuses bien agglutinées; tout autour il y avait des adhérences molles et une petite quantité de liquide non purulent. Le long de l'intestin, on ne découvrit pas d'autres perforations, mais l'examen de la face interne montra un grand nombre de plaques et de follicules ulcérés et toutes les lésions du processus typhique à un degré tout particulier d'extension et de gravité. La rate était énorme et diffluente.

A mon sens, le malade est mort de sa fièvre typhoïde et non de sa perforation intestinale. Et c'est précisément la nécessité d'intervenir chez des sujets aussi profondément infectés que le sont les typhiques à la période de pleine activité de l'affection, comme l'était le nôtre, qui réserve aux opérations de ce genre un avenir aussi précaire et, même dans le cas où la perforation étant isolée, l'acte opératoire peut être réduit à un minimum de durée. Pourtant, en présence d'un fait analogue, je suis prêt à intervenir de nouveau et, le malade étant condamné à une mort certaine, si nous restons inactifs, il me semble que l'on aurait tort de lui enlever cette dernière ressource, quelque peu brillant que soit, le plus souvent, le résultat de ces laparotomies.

M. Terrier. — Dans des circonstances particulièrement pénibles, puisqu'il s'agissait d'un de mes élèves, ancien interne des hôpitaux, j'ai été conduit, en 1886, à pratiquer une laparotomie pour des perforations multiples de l'intestin, d'origine d'ailleurs assez obscure.

Il s'agissait d'un homme d'une trentaine d'années doué d'un excellent

[1] J'ai déjà donné un résumé de cette observation, à propos du lavage du sang dans les injections (*Presse médicale*, 1er janvier 1896).

appétit et, malheureusement, de deux anses mauvaises, d'où une trituration des aliments, très insuffisante, prétendait-il.

Après un dîner assez copieux, M. X... fut pris, à l'occasion d'une garde-robe, d'une douleur violente dans tout le ventre, mais siégeant particulièrement à gauche. Cet accident survint sans prodromes, sans aucune indisposition précédente.

A partir de cette date, les douleurs ne cessèrent plus et devinrent de plus en plus vives, s'accompagnant de fièvre.

Ce fut vers le 3e jour des accidents que le malade fut vu par le professeur Charcot, et il conclut à l'existence d'une péritonite, de cause difficile à préciser et qu'il soupçonnait être une perforation intestinale.

Rentrant à Paris et apprenant que les accidents continuaient avec des signes indubitables de péritonite, le professeur Charcot me pria d'aller voir son ancien interne qui avait aussi été mon externe.

Le 4e ou 5e jour au plus tard, après le début des accidents, j'étais auprès du malade et je constatai facilement qu'il s'agissait d'une péritonite probablement par perforation.

Quoique les accidents locaux aient semblé se calmer au point de vue des douleurs, l'état général s'était notablement aggravé, et j'avoue que j'hésitai à proposer la laparotomie.

Ce qui me décida, ce fut surtout l'insistance de notre pauvre confrère à la réclamer comme seule chance de salut. Cette opération fut donc pratiquée.

L'abdomen était rempli de sérosité purulente, les anses intestinales agglutinées les unes contre les autres par des fausses membranes, et cela surtout à gauche. En écartant les anses, au niveau du colon descendant, à gauche, lieu d'élection de la douleur et point où elle avait débuté, je trouvai d'abord 1, puis 2, 3 et jusqu'à 10 perforations intestinales donnant issue à des matières stercorales.

La suture de chacune de ces ouvertures fut faite soit au fil catgut, soit au fil de soie. Cette suture fut difficile pour chaque perforation, par suite de la faiblesse de la paroi intestinale qui se déchirait quand on venait à serrer les fils.

Après une toilette péritonéale aussi étendue que l'on put la faire, c'est-à-dire bien incomplète, je refermai le ventre.

Notre pauvre ami s'éteignit dans la soirée sans souffrances.

Quoique ce cas ne rentre pas absolument dans la question des sutures, d'origine typhoïde, il s'en rapproche quelque peu par la multiplicité des perforations, par la friabilité de leurs orifices et les difficultés de les obturer par suture; enfin, je puis ajouter encore, par le mauvais résultat obtenu.

Est-ce à dire qu'il faille proscrire l'intervention du chirurgien dès qu'on reconnaît, et même quand on soupçonne une perforation intestinale, je ne le crois pas; mais ce qu'il faut bien savoir, c'est que si les plaies de l'intestin par instrument piquant, tranchant ou contondant, offrent déjà une notable gravité, quand on les ferme

après la laparotomie, ce qu'on ne discute guère plus aujourd'hui. Cette gravité devient excessive dans les perforations dites spontanées, ou plutôt dans les perforations dues aux ulcères de l'intestin.

Et encore ici pourrait-on *à priori* établir une échelle de gravité : moindre, dans les ulcérations en quelque sorte locales, analogues aux ulcères de l'estomac, grande pour celles qui se produisent dans le cours d'une infection grave comme la fièvre typhoïde.

En fait, je crois que dans un de ces cas on autorise à intervenir pour essayer de sauver le malade, mais que cette chance de salut est l'espèce réduite au minimum.

Rapport.

I. — Sur un travail de M. Moure, chargé du cours d'otologie et laryngologie à la Faculté de médecine de Bordeaux, intitulé : *Sur 34 cas d'ouverture de l'antre mastoïdien, dont 16 avec ouverture large de la caisse et de ses annexes.*

Rapport par M. J.-J. PEYROT, chirurgien de Lariboisière.

M. Moure, chargé du cours d'otologie et de laryngologie à la Faculté de médecine de Bordeaux, nous a adressé dans le courant de cette année un travail intitulé : *Sur 34 cas d'ouverture de l'antre mastoïdien, dont 16 avec ouverture large de la caisse et de ses annexes.* Ce titre ne donne pas, je le regrette, une idée nette de l'objet du mémoire.

L'auteur s'est, en effet, préoccupé de développer une proposition que je trouve ainsi formulée dans ses conclusions : *toutes les fois qu'on est en présence d'une otorrhée ancienne et fétide, rebelle aux traitements ordinaires, si l'on suppose l'existence d'une lésion osseuse ou à plus forte raison de masses cholestéatomateuses, on ne doit pas attendre l'existence d'une complication pour opérer.*

Il faut ouvrir largement l'antre mastoïdien, le canal tympano-mastoïdien et la caisse et mettre ces trois parties de l'oreille en rapport direct, en supprimant toutes les parties comprises entre elles et au-dessus d'elles, de manière à supprimer la cause de la suppuration. Cette opération conduite avec prudence peut être considérée comme bénigne.

Le but poursuivi par l'auteur est ainsi nettement fixé. Reprenant le traitement chirurgical des vieilles otorrhées, il veut montrer qu'il existe, à côté des faits dans lesquels l'indication opératoire est évi-

dente, obligatoire, voire même urgente : fistules mastoïdiennes, apparition d'une paralysie faciale, d'une céphalée violente, de complications du côté du cerveau, des sinus, etc., un second groupe de malades chez lesquels, tout en étant aussi formels, les motifs d'intervenir ne sont pas aussi faciles à constater pour des observateurs peu exercés aux examens de l'oreille. Il s'agit d'anciennes suppurations ou négligées ou traitées par des moyens médicaux insuffisants. C'est en vain, chez certains malades, que l'on essaie les traitements humides, les pansements secs, voire même les opérations faites par le conduit : curettage de la caisse, ablation des osselets malades ou sains, tous les procédés échouent. On guérit la lésion de la caisse ; souvent même on a l'apparence d'une guérison complète ; mais après une suppression de traitement de quelques jours, l'otorrhée reparaît avec son caractère fétide, précédée ou accompagnée de quelques douleurs que les malades rapportent généralement au niveau de la bosse pariétale. Avant la réapparition du pus, alors par conséquent que l'oreille paraît saine, une boulette d'ouate laissée dans le conduit prend souvent une odeur fétide par simple voisinage du foyer latent.

Il n'est pas douteux, dit M. Moure, que la persistance de la suppuration, en dépit de tous les traitements, et surtout la persistance de la fétidité de la sécrétion constituent une indication aussi formelle pour les cas de cette seconde catégorie que pour les autres.

Lorsque l'examen objectif fera reconnaître une perforation supérieure ou postéro-supérieure de la membrane du tympan, ou bien des amas de fongosités venant faire saillie en arrière du mur de la logette des osselets ; lorsque des matières caséeuses seront nettement expulsées, spontanément ou autrement, de la région de l'attique, lorsque la repullulation des fongosités après le nettoyage de la caisse aura démontré que le canal tympano-mastoïdien et l'antre sont malades, le chirurgien aura une raison de plus d'intervenir ; mais, à vrai dire, cet examen détaillé n'est pas indispensable. La persistance d'une suppuration fétide, rebelle aux traitements ordinaires, constitue une indication suffisante, et j'avoue que je suis tout à fait de l'avis de l'auteur.

Objectera-t-on à cette manière de voir que de très longues suppurations peuvent quelquefois guérir spontanément ; nous ne le nions pas. M. Moure l'admet ; il pense même que cette guérison peut s'obtenir par un processus qu'il a bien indiqué, celui de l'éburnation croissante de l'apophyse et de la disparition graduelle des cellules. Mais combien cette guérison est incertaine et rare ! Si réellement l'opération n'est point dangereuse, et à ce sujet vous partagerez sans nul doute les convictions de l'auteur, ne vaut-il pas

mieux y recourir dans tous les cas sans laisser le malade exposé à tous les accidents que vous connaissez ?

Cette manière de voir est assez neuve, ainsi qu'il résulte de l'historique très complet que M. Moure a placé en tête de son travail. C'est à propos d'un malade opéré par Bergmann et présenté à la Société médicale de Berlin, en décembre 1888 et janvier 1889, que Küster d'abord, Stacke ensuite eurent l'idée d'ouvrir largement la caisse et l'antre mastoïdien pour traiter directement les vieilles suppurations de l'oreille si souvent causes de complications graves. Après avoir résumé très complètement les communications de ces auteurs, M. Moure signale l'important travail de MM. Broca et Lubet-Barbon sur le traitement chirurgical appliqué aux suppurations mastoïdiennes. — J'ai retrouvé moi-même dans ce travail de nombreuses observations d'otites chroniques avec ou sans fistule, traitées par l'opération que recommande M. Moure. Beaucoup se trouvent réunies dans le chapitre qui a pour titre *Des fistules mastoïdiennes;* mais celles-ci ont presque toutes trait à des malades atteints de complications diverses. Le petit chapitre des *Mastoïdites latentes* renferme au contraire un bon nombre de cas traités en tant qu'otorrhées rebelles tout simplement. C'est de ces dernières, encore une fois, que s'occupe exclusivement M. Moure.

Il était naturel qu'avant de décrire le manuel opératoire l'auteur rappelât les données anatomiques classiques et fît connaître les observations personnelles qu'il avait pu faire. Ces dernières ne laissent pas d'être intéressantes. Ainsi M. Moure, à propos de l'antre pétro-mastoïdien, fait remarquer que si l'oreille des enfants présente un type constant et qui peut servir à fixer des règles générales, celle de l'adulte est sujette à des variations infinies. L'état pathologique joue ici un grand rôle. Des conclusions tirées d'examens pratiqués sur l'apophyse mastoïde d'individus quelconques pris au hasard des rencontres à l'amphithéâtre ne s'appliquent pas bien aux malades. Sur les 34 opérés de M. Moure, l'antre, dans le tiers des cas, n'occupait pas sa position normale, et deux fois il était réduit à des dimensions minimes par le processus sclérosant qui s'empare si souvent des apophyses suppurantes.

La situation du sinus par rapport à l'antre a été l'objet d'observations intéressantes.

Après avoir cité tout le passage de l'ouvrage de MM. Broca et Lubet-Barbon relatif à ce sujet, résumé par conséquent les conclusions d'Hartmann et de Ricard, M. Moure fait, au sujet des conclusions de ces auteurs, quelques réserves importantes. Ainsi, tandis que, d'après Hartmann, on ne trouverait que deux fois sur cent une disposition du sinus qui l'exposerait à être ouvert dans une trépanation portant sur un espace limité à 15 ou 18 millimètres en

arrière du conduit, l'auteur, *quatre fois* dans les trentre-quatre ouvertures qu'il a pratiquées, a trouvé le sinus au point d'élection de l'ouverture de l'antre et deux fois le canal veineux n'était séparé de la paroi postérieure du conduit que par une lame osseuse d'à peine *deux millimètres*, simple mur mitoyen entre l'oreille et le sinus.

La description des procédés opératoires est faite minutieusement. S'étant assuré que la suppuration inutilement traitée par le conduit auditif externe a dépassé les limites de la caisse, le chirurgien a à choisir entre deux procédés : ouvrir d'abord l'antre mastoïdien et aller de là vers la caisse, ou bien, et c'est là la méthode de Stacke, aller de la caisse vers l'antre en mettant successivement à nu la loge des osselets et le canal tympano-mastoïdien.

Je sais que notre collègue Broca préfère choisir cette dernière voie. L'opération de Stacke pure, c'est-à-dire l'ouverture de la caisse permettrait à elle seule de guérir des otorrhées rebelles dans lesquelles l'attique est le siège exclusif du mal. Une carie dans la région de l'attique peut être souvent constatée avec le stylet. La propagation du mal à l'aditus et à l'antre ne peut pas être prouvée d'une façon aussi certaine ; il est donc naturel, dit M. Broca, d'aller d'abord vers le connu pour de là aboutir au possible si c'est nécessaire.

M. Moure a sans doute plus de confiance dans le diagnostic des lésions profondes des annexes de l'oreille, car la voie qu'il conseille, surtout chez l'enfant, est justement l'inverse. Aller d'abord à l'antre qui, chez l'enfant, est à peu près constant est, dit-il, de beaucoup le plus simple et le plus commode. Chez l'adulte, on n'a pas toujours le choix. Néanmoins il vaut toujours mieux chercher la grande cellule mastoïdienne.

Au cours de cette opération, chez l'adulte, M. Moure recommande les plus grandes précautions pour éviter le sinus. L'os sera attaqué lentement au point classique, à la gouge ou à la fraise mue par un moteur électrique, en se rendant compte des parties que l'on découvre. Souvent, en effet, on trouve le sinus au-dessous d'une couche corticale assez mince (deux millimètres, observations 15, 31 et 32) ; d'autres fois, il est à un centimètre et demi et même à deux centimètres ; sa structure étant extrêmement variable, on doit toujours, pour éviter d'ouvrir cet important vaisseau, aller avec prudence jusqu'au moment où l'on pénètre dans une cavité. Il est alors assez facile de se rendre compte de la région mise à découvert, le sinus ayant un aspect lisse, uni, gris bleuâtre, se laissant déprimer avec le stylet, comme une poche membraneuse ; la grande cellule au contraire étant fongeuse, ou remplie de pus et de matières caséeuses.

Souvent le moindre pertuis débouchant dans l'antre exhale une odeur fétide caractéristique qui fait reconnaître cette cavité alors qu'elle est à peine ouverte. Une fois l'antre largement mis à nu à l'aide du stylet qui donne des indications précieuses sur ses dimensions et sa direction, on attaque la paroi postéro-supérieure du conduit auditif osseux pour l'enlever et mettre à nu le canal tympano-mastoïdien, puis la caisse. C'est l'opération classique aujourd'hui.

Si, au lieu de trouver l'antre, c'est le sinus que l'on a découvert, ou bien si après avoir creusé à un centimètre et demi on est toujours au milieu d'une apophyse éburnée, on attaque alors directement la paroi postéro-supérieure du conduit auditif osseux. On creuse perpendiculairement au crâne, exactement au-dessous de la ligne temporale et obliquement de bas en haut dans les deux tiers supérieurs du conduit une sorte de gouttière taillée en biseau, dirigée vers le canal tympano-mastoïdien et la loge des osselets. Lorsque la couche osseuse qui recouvre cette dernière extérieurement est devenue très mince, plaçant le protecteur de Stacke dans la caisse on fait sauter le pont osseux qui sépare le protecteur de l'opérateur en allant de la caisse vers l'aditus ad antrum et de ce dernier vers l'antre que l'on trouve alors soit en haut et en arrière, soit en avant et en haut. Utilisant alors le protecteur et le stylet, on supprime tous les rebords osseux qui cachent à la vue l'une des cavités que l'on veut découvrir afin de la curetter et de l'écouvillonner au chlorure de zinc. Pendant cette manœuvre, il faut se rappeler la situation du facial et du canal semi-circulaire horizontal pour ne point les blesser avec la curette qui agit, elle, sans protecteur. De même en plaçant ce dernier pour faire sauter le mur de la caisse ou du canal tympano-mastoïdien, il faut avoir soin de recommander à l'aide de ne pas appuyer le talon du protecteur sur la caisse, sous peine d'écraser le canal de Fallope et de produire une paralysie faciale, transitoire en général, mais souvent douloureuse par la névrite qui en résulte.

Quatre fois l'auteur a observé cet accident et les paralysies n'ont guéri que plusieurs mois (quatre à cinq) après l'opération, mais elles ont TOUTES GUÉRI.

Si, au cours de l'opération, le sinus a été ouvert, l'autenr recommande *d'obturer l'ouverture à la cire iodoformée stérilisée*, qui a l'avantage d'arrêter l'hémorrhagie et de permettre de continuer l'opération. Une fois celle-ci achevée, suivant les cas, on laissé un orifice mastoïdien ou bien on suture en arrière en faisant alors le pansement par le conduit auditif.

Dans la plupart des cas, M. Moure a réséqué complètement le boudin du conduit cartilagineux, suturant directement le pavillon

et l'apophyse. C'est là un excellent procédé qui a l'avantage de permettre l'occlusion rapide de la brèche mastoïdienne.

Dans quelques cas cependant, on peut simplement fendre le conduit suivant son axe et suturer les lambeaux aux parois de la cavité osseuse formée par l'ablation d'une partie de l'apophyse ; dans d'autres, on peut emprunter des lambeaux cutanés à la région crânienne voisine, mais le procédé de résection complète du conduit semble à l'auteur plus avantageux.

M. Moure a joint à son travail trente-quatre observations d'interventions dans les mastoïdites ; mais seize se rapportent à des mastoïdites aiguës et dix-huit seulement à des mastoïdites chroniques. Encore, parmi ces dernières, cinq se trouvaient-elles à l'état de poussée aiguë avec ou sans signes mastoïdiens extérieurs. Il ne reste donc que treize observations exactement en rapport avec le sujet traité par M. Moure. Il est vrai que les observations à côté lui ont fourni quelques remarques intéressantes qu'il a pu utiliser dans la rédaction de son travail.

En somme, vous le voyez, Messieurs, le mémoire de M. Moure est réellement plein d'intérêt. Il marque une étape importante dans la marche en avant de la thérapeutique chirurgicale des altérations suppuratives de l'oreille. Il ne me reste, après l'avoir ainsi résumé devant vous, qu'à vous proposer d'adresser vos remerciements à son auteur et de déposer son mémoire dans nos Archives.

Discussion.

M. Broca. — Je ne saurais qu'être très heureux du rapport de notre collègue Peyrot, car l'important travail de M. Moure est un plaidoyer en faveur d'une cause que je défends depuis longtemps, comme M. Moure et son rapporteur ont bien voulu le rappeler. Je suis donc complètement d'accord avec M. Moure sur les indications opératoires, mais non sur le manuel relatif à l'opération de Stacke.

Je commencerai par m'expliquer sur un point d'anatomie normale. Si l'on considère comme antre l'extrémité de l'aditus, cette cavité est loin, d'après mes recherches, d'affecter avec le sinus latéral des rapports aussi variables qu'on veut bien le dire. Si on l'ouvre d'après le procédé dont j'ai cherché, à maintes reprises, à préciser la technique, on n'est jamais exposé, par le fait de l'antre, à des surprises désagréables du côté du sinus. Je n'ai pas à me demander si tel ou tel chirurgien a eu des malheurs : je dirai tout simplement que 200 fois environ j'ai ouvert l'antre, qu'assez souvent, avec la curette, j'ai ensuite mis le sinus à nu, qu'une fois je l'ai, après cela, perforé d'un coup de stylet explorateur, mais ja-

mais je ne l'ai crevé d'un coup de gouge au moment de la trépanation.

Là où je confirme pleinement l'opinion de M. Moure, c'est sur la variabilité du volume de l'antre et des cellules, sur l'éburnation progressive de l'apophyse dans les vieilles otites. C'est là un processus de guérison, mais il est très lent, il est dangereux en ce qu'il favorise les complications intra-crâniennes, et surtout il rend beaucoup plus difficile l'intervention opératoire. Chercher, au milieu d'une apophyse transformée en bille de billard, un antre gros comme une tête d'épingle, est une besogne longue, difficile, aléatoire et dangereuse ; c'est alors qu'on coupe le facial, qu'on ouvre le sinus. La caisse, au contraire, est toujours facile à trouver et, avec un peu d'habitude, à ouvrir par le procédé de Stacke. Cela est, je le veux bien, un peu plus difficile que d'ouvrir l'antre quand l'apophyse n'est pas éburnée, mais pour savoir le faire il suffit de l'avoir appris. Il y a trois jours, nos collègues Peyrot et Routier m'ont fait l'honneur et le plaisir de venir me voir opérer : j'ai fait devant eux un stacke avec ouverture rétrograde de l'aditus et de l'apophyse, l'opération a été terminée en une demi-heure environ, et en toute confiance je leur demande s'ils n'ont pas eu l'impression d'un acte chirurgical précis, réglé, rapide, donnant toute sécurité. Quand on sait à l'avance que l'apophyse n'est pas éburnée, que l'on attaque l'antre en premier, rien de mieux, et c'est ce que j'ai toujours fait et conseillé de faire. Mais pour les mastoïdites latentes, comme nous sommes tous d'accord sur ce point que le diagnostic préalable de l'éburnation est impossible, je maintiens que l'opération doit être conduite en sens inverse. Sans cela, on est exposé — et je le dis parce que cela m'est arrivé — à s'arrêter après avoir vainement cherché, jusqu'à 1 centimètre de profondeur, les vestiges de l'antre, et l'on est forcé de faire, après bien du temps perdu, bien des dangers courus, l'opération de Stacke, par laquelle il aurait mieux valu commencer.

L'opération de Stacke est difficile, objecte M. Moure ; mais puisque souvent elle est indispensable, on ne doit se lancer que si on a appris à la faire dans la chirurgie de l'apophyse et de la caisse ; et une fois qu'on a acquis cette instruction indispensable, l'argument de M. Moure tombe de lui-même. Et n'y a-t-il pas une contradiction piquante à voir M. Moure insister sur les ennuis apportés par l'éburnation à la recherche de l'antre ; insister — ce en quoi il a tort à mes yeux — sur la variabilité du sinus et les dangers qui en résultent, — et conclure qu'il faut commencer par l'antre ?

Donc, je maintiens, sans aucune concession, l'opinion que j'ai plusieurs fois défendue, et que M. Peyrot vient de résumer très

nettement : commencer par l'apophyse si elle présente une altération appréciable ; commencer par la caisse si les lésions mastoïdiennes sont latentes.

Je crois, avec M. Moure, qu'il faut éviter, pour ménager le facial, d'appuyer sur le protecteur introduit dans l'aditus ; mais je crois inutile de faire cette recommandation à un aide, car jamais je ne confie le protecteur à un aide ; le poids du manche suffit à le maintenir en place.

M. Peyrot. — J'ai exposé les idées de M. Moure, mais je suis assez disposé à accepter l'argumentation de M. Broca. M. Moure, dans ses observations, a noté qu'il était souvent nécessaire d'abandonner la recherche de l'antre pour revenir à la caisse et peut-être peut-on lui reprocher de n'avoir pas analysé assez à fond ses observations; il n'aurait peut-être pas affirmé autant l'utilité de prendre la route rétrograde qu'il a indiquée.

II. — *Réflexions sur l'appendicite à propos d'une hernie étranglée de l'appendice*, par M. Guinard.

Rapport par M. ROUTIER.

Messieurs, dans la séance du 10 juin dernier, M. Guinard lisait à la Société une observation de hernie de l'appendice cœcal, et de cette observation unique tirait les conclusions les plus formelles contre la théorie de la cavité close soutenue par le professeur Dieulafoy pour expliquer la pathogénie de l'appendicite.

Voyons d'abord l'observation, nous verrons ensuite si nous devons accepter les conclusions du présentateur.

Mme L..., 45 ans, portait depuis deux ans une hernie crurale droite qui était parfaitement réductible et qu'elle contenait ordinairement par un bandage.

Le 3 mai, au moment de se mettre au lit, elle retire son bandage; sa hernie sort, elle essaie de la réduire, ne peut y réussir, ce qui ne l'empêche pas de se coucher et de dormir.

Le lendemain, *au réveil*, dit l'auteur, preuve qu'elle avait bien dormi, cette femme ressent quelques douleurs *un peu partout,* mais elle va à son travail, et continue à vivre comme d'habitude jusqu'au 7 mai, c'est-à-dire durant quatre jours, conservant l'appétit, et ses bonnes digestions ; tout était normal, ce sont les termes de l'observation.

Le 8 mai, inquiète de ne pouvoir rentrer sa hernie, souffrant en outre de quelques tiraillements dans le ventre, elle consulta son médecin celui-ci, après un taxis infructueux, l'envoya à Lariboisière.

Entrée à l'hôpital le 8 mai au soir, elle est d'abord vue par l'interne de garde qui ne croit devoir déranger personne, et c'est le 9 au matin que M. Guinard la trouva couchée dans un lit du service.

« Je trouve, dit-il, la malade dans l'état suivant : pas de symptômes généraux, température et pouls normaux, pas de vomissements, pas de ballonnement du ventre ; elle a eu une selle la veille, et a rendu des gaz par l'anus. Localement, petite tumeur crurale du volume d'une petite noix, mate à la percussion, dure et douloureuse. »

Le diagnostic porté fut épiplocèle, et M. Guinard procéda à la kélotomie.

Permettez-moi de citer encore textuellement l'auteur :

« Aussitôt après avoir ouvert le sac herniaire, j'arrive sur une anse étranglée que je prends tout d'abord pour l'intestin grêle, mais dès que l'anneau est débridé, au moment où j'attire l'anse herniée au dehors, pour vérifier l'état des parois au-dessus de l'anneau herniaire, je vois sortir de la cavité abdominale l'extrémité libre de l'appendice, et en opérant une légère traction, j'amène au dehors la partie inférieure du cœcum. Je place aussitôt une ligature à la soie sur l'appendice à son insertion cœcale, et je le résèque au thermo. Je termine ensuite l'opération comme d'habitude ; je fais remarquer en passant qu'il n'y a pas trace de péritonite et que la malade n'a présenté aucune réaction générale pendant les jours qui ont suivi son opération.

« En examinant avec soin l'appendice enlevé, nous constatons qu'il présente une longueur exagérée de 15 centimètres. L'étranglement porte sur l'appendice seul ; c'est-à-dire qu'on peut voir, attenant à l'organe, un méso-graisseux qui allait du cœcum à l'extrémité libre de l'appendice sans être enserré par l'anneau herniaire. Cela explique comment, les vaisseaux étant respectés, il ne s'est pas produit de sphacèle du bout périphérique.

« Au niveau de l'agent d'étranglement, on voit sur l'appendice, deux anneaux qui marquent la place où le canal appendiculaire était oblitéré. Enfin, au delà du point étranglé, l'appendice est dilaté et présente le volume d'une amande. En aucun point on ne voit de perforation ni même de menace de sphacèle. Les parois de cette extrémité renflée et dilatée sont violacées et très congestionnées, mais le péritoine qui la revêt est lisse et dépourvu de toute espèce de fausses membranes ; en un mot, il n'y avait pas trace de péritonite péri-appendiculaire, pas trace d'adhérences.

« Cette cavité-close contient un liquide couleur chocolat, et on ne découvre sur la muqueuse aucune ulcération superficielle ou profonde. »

M. Guinard se hâte de conclure en disant : voilà une malade qui a gardé six jours durant un appendice absolument clos sans avoir d'appendicite ; or, si la théorie de M. Dieulafoy était vraie, elle

aurait dû avoir la pullulation microbienne et leur exaltation de virulence qui aurait causé l'appendicite et la péritonite.

Je l'arrête tout de suite : comment sait-il que cette femme a gardé six jours son appendice clos ? Est-ce d'après les symptômes qu'elle a présentés ? Or, il a eu soin de nous dire qu'ils étaient nuls.

Cette hernie s'est montrée irréductible, c'est vrai ; mais peut-on dire d'une semblable hernie qu'elle était étranglée, quand la personne qui la porte vaque à ses occupations ordinaires en conservant son appétit, en allant à la selle, en émettant des gaz par l'anus?

J'avoue, pour ma part, qu'il est impossible de l'admettre, ce n'est pas ainsi que nous sommes habitués à voir évoluer l'étranglement intestinal, ni même l'étranglement épiploïque auquel il avait pensé avant d'avoir ouvert le sac.

Cet appendice était-il même étranglé quand M. Guinard a débridé la hernie ? L'auteur a soin de nous dire que le méso de cet appendice ne participait pas à l'étranglement, d'où l'absence de sphacèle du bout ; mais la partie herniée n'avait pas de méso, elle n'était cependant pas non plus sphacélée.

Or, je doute qu'on puisse conserver même un appendice étranglé six jours sans voir se produire de sphacèle ou tout au moins quelques symptômes cliniques alarmants.

Il est vrai que M. Guinard va au-devant de mon objection, mais par une pétition de principes, quand il dit, à propos des expériences de Klecki, que ce qui est vrai pour l'intestin ne l'est pas pour l'appendice, sur quoi base-t-il cette assertion ?

Toujours est-il que ce sont cependant les mêmes microbes qui agissent et pour l'intestin et pour l'appendice ; c'est toujours le colibacille dont la violence est exaltée qui cause tout le mal, c'est toujours lui qu'on trouve dans l'épaisseur des parois de l'organe enflammé.

Dans une des dernières séances de la Société de biologie (7 novembre 1896), M. Gervais de Rouville donnait justement le résultat de ses recherches expérimentales et montrait que l'oblitération incomplète de l'appendice ne provoquait aucune réaction pathologique, tandis que son occlusion parfaite amenait toutes les lésions de l'appendicite et de la péritonite concomitante.

Cette communication vient bien à propos pour jeter la pleine lumière sur l'observation de M. Guinard ; pour ma part, je reste convaincu que l'appendice de sa malade n'a jamais été complètement oblitéré, ce qui explique pourquoi il n'y a jamais eu non plus ni symptômes d'étranglement, ni lésions d'appendicite.

De sorte que je me vois contraint de repousser les conclu-

sions de l'auteur, et d'accepter, toujours à propos d'appendicite, la théorie par cavité close proposée et soutenue par M. le professeur Dieulafoy.

Communication.

M. Potherat fait une communication sur l'*amputation totale du pied par le procédé de Syme* (M. Kirmisson, rapporteur).

Présentation de pièces.

M. Monod présente un appendice iléo-cœcal enlevé à froid il y a quelques heures.

Cet appendice est coudé à angle aigu près de son extrémité. Au niveau de la coudure qui siège à l'union du quart inférieur de l'organe avec ses trois quarts supérieurs existe un rétrécissement appréciable à l'extérieur. Par une coupe, on constate qu'en ce point le canal appendiculaire est presque complètement effacé. Au-dessus, la cavité de l'appendice est dilatée, ses parois sont amincies; elle contient deux concrétions fécales et un peu de liquide dont une goutte, recueillie à l'aide d'une pipette, est réservée pour l'examen bactériologique. Au-dessous du point rétréci, l'aspect de l'appendice est tout autre; ses parois sont épaissies, sa cavité n'est pas dilatée. L'examen comparatif de ces deux portions sera fait au microscope.

On a pu constater, au cours de l'opération, que l'extrémité de l'appendice était fortement adhérente au rectum dont il a fallu la détacher laborieusement à l'aide de l'onglet et des ciseaux.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire annuel,

Quénu.

Séance du 2 décembre 1896.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Chaput, demandant un second congé ;

3° Des lettres de MM. Verchère, Rochard et Potherat, qui se portent candidats à la place déclarée vacante de membre titulaire ;

4° Une lettre nous apprenant la mort de Roux (de Brignolles), membre correspondant national.

Discussion sur la pathogénie de l'appendicite.

M. Brun. — J'ai déjà dit ailleurs ce que je pensais de la théorie pathogénique de l'appendicite proposée par M. Dieulafoy et, si je reviens aujourd'hui sur ce sujet, c'est que, dans le rapport qu'il vous a lu dans la dernière séance, notre collègue Routier a formulé des conclusions qui me paraissent tout à fait contestables. Établissons tout d'abord le point en discussion. Chez une femme qui, depuis six jours, portait une hernie irréductible, notre collègue Guinard trouva un appendice iléo-cœcal enserré par l'anneau herniaire. Au niveau de l'agent de l'étranglement, on voyait, sur l'appendice, deux anneaux marquant la place ou le canal appendiculaire était nettement oblitéré. Au delà du point étranglé, l'appendice était dilaté et présentait le volume et la forme d'une amande. Dans cette cavité close, se trouvait un liquide couleur chocolat.

Comme ces lésions avaient évolué sans s'accompagner, à aucun moment, de phénomènes généraux d'intoxication, M. Guinard avait cru pouvoir en déduire que la rétention des produits appendiculaires n'avait pas fatalement pour conséquence la pullulation micro-

bienne et l'exaltation de virulence des microbes invoquées par M. Dieulafoy pour expliquer l'apparition de l'appendicite et de la péritonite qui, trop souvent, l'accompagne.

Bien que Routier ait contesté la valeur de cette conclusion, je m'y associe, au contraire, absolument, et cela d'autant plus, qu'il me paraît facile de l'appuyer d'exemples nombreux et indiscutables. Dans un travail paru dans la *Presse médicale* du 6 août 1896, j'ai figuré plusieurs appendices oblitérés, transformés en cavité close et provenant de malades qui ne présentaient aucun symptôme d'intoxication. Je ne reviendrai pas sur ces faits, mais j'emprunterai à Routier lui-même une observation qui me paraît venir tout à fait à l'encontre de l'opinion qu'il soutient. Chez un malade qui n'avait présenté que des symptômes d'appendicite très atténués, au point que, durant sa maladie, il n'avait été obligé de garder qu'un repos très relatif et sortait toute la journée, Routier trouva un appendice qu'il vous a présenté dans la séance du 20 mai 1896 et qui pouvait être considéré comme le type de l'appendice transformé en cavité close.

N'est-il pas évident que, pour ceux qui voient dans la seule rétention des produits appendiculaires les causes des accidents infectieux de l'appendicite, il y a, dans le cas qui nous a été rapporté par notre collègue, une opposition surprenante et inexplicable entre le degré avancé des lésions et l'atténuation excessive des phénomènes cliniques.

Il est une autre catégorie de faits qui, mieux encore que les précédents, montrent la valeur qu'il faut attribuer à la théorie pathogénique de l'appendicite formulée par M. Dieulafoy et défendue par Routier, je veux parler des cas où, pour expliquer les symptômes infectieux les mieux caractérisés, on ne trouve que des lésions purement pariétales de l'appendice, sans oblitération de la lumière du canal appendiculaire. J'en ai rapporté plusieurs exemples dont quelques-uns m'ont été obligeamment communiqués par mes collègues, Walther, Legueu, etc., et je serais très étonné si, au cours de ses nombreuses opérations d'appendicites, Routier ne s'était pas, comme moi, trouvé quelquefois en présence d'appendices qui, pour toutes lésions, ne présentaient qu'un épaississement tomenteux de la muqueuse avec piqueté hémorrhagique disséminé, plus ou moins abondant. Si les faits dont je me suis occupé tout d'abord établissent que l'oblitération de l'appendice n'est pas fatalement accompagnée des phénomènes infectieux qui caractérisent l'appendicite, ces derniers démontrent d'une façon non moins catégorique que l'appendicite infectieuse peut évoluer en dehors de toute oblitération appendiculaire.

L'oblitération de l'appendice, sa transformation en vase clos ne

constituent donc qu'une phase anatomo-pathologique de la maladie; elles n'ont pas la valeur pathogénique que M. Dieulafoy a voulu leur attribuer. Les seules *lésions constantes* que l'on observe après une ou plusieurs crises d'appendicite, ce sont des lésions d'infection pariétale, dont la fréquence et la gravité doivent être vraisemblablement attribuées à la structure spéciale de l'appendice, à sa richesse en éléments glandulaires et lymphoïdes.

D'après les faits nombreux que j'ai observés, je crois, du reste, que les lésions appendiculaires ne sont, le plus souvent, que la localisation spéciale d'une infection intestinale plus ou moins généralisée. C'est communément, en effet, que j'ai noté chez mes opérés des symptômes d'entérite ou d'entéro-colite antérieures à la crise vraie d'appendicite, et, chez beaucoup aussi, j'ai vu ces mêmes phénomènes cliniques d'infection intestinale persister plus ou moins longtemps après la résection de l'appendice.

A l'appui de l'opinion de M. Dieulafoy, Routier cite, il est vrai, les expériences récentes de M. Gervais de Rouville. Sans vouloir en rien apprécier la valeur des recherches expérimentales en général, je crois que, dans le cas particulier, elles ne jettent absolument aucun jour sur la question. Peut-on réellement établir un parallèle quelconque entre les phénomènes qui caractérisent l'appendicite spontanée et des manœuvres qui consistent à pratiquer un étranglement plus ou moins serré de l'appendice et à introduire dans son intérieur, pour faire l'effet de la boulette fécale, un fragment de tige de laminaire?

M. Walther. — La communication de M. Brun me permettra d'être bref. Tout ce que je voulais dire sur la pathogénie de l'attaque d'appendicite, M. Brun l'a dit beaucoup mieux que je n'aurais su le faire. Je ne reviendrai donc pas sur les arguments qu'il a invoqués pour repousser la théorie de la cavité close. Je me contenterai de vous rapporter quelques faits soigneusement observés.

Depuis le 1er janvier 1896, j'ai pu observer 27 cas d'appendicite confirmée. Je ne vous parle que de ces cas, parce que, dans mes observations antérieures, je ne m'étais pas toujours attaché à établir avec assez de précision l'étiologie et la pathogénie de l'affection.

Dans 14 cas, j'ai trouvé une relation évidente entre l'attaque d'appendicite et l'état d'infection de l'intestin.

Trois fois, en effet, l'appendicite est survenue au cours d'une infection intestinale aiguë. Dans un cas, elle s'est manifestée à la suite d'une entéro-colite aiguë; je vous parlerai plus loin de cette observation qui présente un intérêt capital dans la discussion actuelle, parce que l'infection appendiculaire avait été assez vio-

lente pour provoquer une péritonite sans tendance à la localisation, et cela sans trace de rétrécissement de la cavité de l'appendice.

Dans le second cas, l'appendicite a éclaté un mois après une fièvre typhoïde et, dans le troisième, au début même d'une fièvre typhoïde.

Chez les 11 autres malades, l'appendicite est survenue au cours d'une entéro-colite chronique plus ou moins ancienne. Il est parfois assez difficile, au milieu des troubles gastro-intestinaux, de faire exactement le départ de ce qui ressortit d'un côté à l'appendicite, de l'autre à l'entéro-colite. L'appendicite entraîne, en effet, par elle-même des troubles digestifs souvent analogues à ceux qui traduisent l'entéro-colite, et ce n'est que par une observation longtemps prolongée qu'il est possible d'arriver à un diagnostic précis.

Voici, par exemple, une observation, et je ne vous citerai que celle-là, parce que j'ai pu la suivre depuis plusieurs années, avec mon ami M. Siredey : un enfant de 8 ans présente des signes d'infection intestinale légère, puis d'entéro-colite chronique avec douleurs intestinales plus ou moins accusées, mais sans jamais avoir aucun signe d'appendicite. Au bout de trois ans, aux douleurs intestinales qui persistent et se manifestent avec plus ou moins d'intensité à intervalles variables, s'ajoutent d'autres douleurs plus intenses, revenant par crises, et que l'enfant lui-même différencie très nettement. L'exploration de l'abdomen permet alors de constater une douleur à la pression dans la région appendiculaire, douleur fixe, constante, et toujours retrouvée identique à des examens nombre de fois répétés. Il s'était donc établi une appendicite subaiguë, chronique, si l'on veut, car jamais il n'y eut aucune poussée d'inflammation aiguë ou de péri-appendicite, et cela au cours d'une vieille entéro-colite. A partir de ce moment, les troubles digestifs s'accentuent, l'enfant maigrit, il ne peut plus supporter aucune fatigue, bientôt aucun travail. Les signes d'appendicite persistent, malgré un repos prolongé et un régime alimentaire très sévère ; je fais la résection de l'appendice avec l'aide de mon ami M. Brun, qui avait bien voulu venir examiner l'enfant, confirmer le diagnostic et l'indication d'une intervention. L'appendice réséqué était absolument libre d'adhérences, n'offrait en aucun point de rétrécissement, mais était le siège d'une folliculite intense, comme le montra l'examen histologique fait par M. Siredey, et en deux points la paroi était altérée, réduite à sa couche séreuse, prête à se perforer par conséquent ; et cela sans qu'il y eût jamais eu de poussée aiguë, sans trace de rétrécissement de la lumière de l'appendice. L'observation anatomique de ce fait avec l'examen histologique de M. Siredey a déjà été publiée par M. Brun dans

l'article de la *Presse médicale* qu'il a consacré à l'étude de la pathogénie de l'appendice.

Je vous ai rapporté ce fait parmi tous les autres, parce qu'il me semble intéressant au point de vue pathogénique par la netteté de l'évolution des symptômes correspondant au développement de cette folliculite appendiculaire après plusieurs années d'infection intestinale. Depuis la résection de l'appendice, l'enfant a repris ses forces, a engraissé et grandi d'une façon surprenante; mais il conserve encore par instants quelques troubles gastro-intestinaux, parfois des douleurs intestinales siégeant surtout sur le côlon transverse et le côlon descendant; il reste donc encore un peu d'entéro-colite, mais très atténuée, en voie de guérison sous l'influence d'un régime approprié.

J'ai hâte d'arriver à l'étude des lésions que j'ai rencontrées dans les cas où je suis intervenu.

Sur les 27 cas observés, comme je vous le disais, depuis le 1er janvier 1896, je suis intervenu 17 fois dans des conditions différentes :

1° Dans 2 cas, il s'agissait de foyers de péritonite enkystée péri-appendiculaire; j'ai fait l'incision, je n'ai pu voir et je n'ai pas cherché à enlever l'appendice.

2° Dans 5 cas, l'opération a été faite à froid, par conséquent la constatation des lésions qui peut présenter un intérêt différent n'a pas grande valeur dans la recherche de la cause pathogénique de l'attaque d'appendicite aiguë.

Cependant l'observation que je vous ai rapportée plus haut et qui correspond à un de ces cas me semble établir un mode d'évolution de la folliculite qui peut aboutir à la perforation et, par conséquent, à la forme la plus grave d'appendicite, et cela sans qu'il soit besoin d'invoquer d'autre pathogénie.

Je dois aussi signaler que, dans un de ces cas opérés à froid, chez un garçon d'une vingtaine d'années, qui avait eu six poussées d'appendicite dont quatre avec abcès, j'ai trouvé un appendice complètement oblitéré depuis son attache au cæcum jusqu'à 1 centimètre environ de son extrémité qui était soudée à la paroi abdominale au niveau des anciens foyers de péritonite.

3° Dans les 10 derniers cas, j'ai fait la résection de l'appendice au cours d'une poussée aiguë d'appendicite et de péri-appendicite, et ces faits sont de beaucoup les plus importants dans la discussion qui nous occupe.

Sur ces 10 cas, 3 fois il s'agissait d'accidents d'infection péritonéale généralisée, et deux des malades, opérés de bonne heure, ont guéri; le troisième a succombé malgré l'intervention à la

continuation de la péritonite. C'est le seul cas de mort sur les 17 opérés dont je vous parle.

Voici très résumé le résultat de l'examen de l'appendice chez ces trois malades atteints de péritonite généralisée :

I. — Garçon de 14 ans, opéré le 3 février 1896, quarante-huit heures après le début des accidents. Péritonite à forme sèche avec fausses membranes s'étendant à distance sur les anses intestinales sans tendance à la formation d'un foyer; appendice perforé. Dans la cavité absolument libre, sans trace d'oblitération ni de rétrécissement, un poil brosse à dents. Dix jours auparavant, l'enfant avait eu l'amygdale piquée par un poil de brosse à dents et avait fini par le dégager en faisant des mouvements de déglutition. Continuation de la péritonite. Mort au bout de deux jours.

II. — Fillette de 3 ans, opérée le 24 juin 1896, trente-six heures après le début des accidents. Liquide séreux louche, libre dans la cavité péritonéale. Aucune trace d'adhérences. Appendice perforé recouvert de fausses membranes très minces, en plaques, comme les anses intestinales voisines, mais sans adhérences.

Cavité de l'appendice un peu rétrécie en haut, mais libre; dans la paroi, plusieurs abcès indépendants autour de la perforation. Guérison.

III. — Femme de 35 ans. Depuis trois semaines, signes d'appendicite subaiguë pariétale. Brusquement, le 19 juin 1896, à 4 heures du matin, accidents graves, ballonnements du ventre, vomissements, hoquets, spasmes de la glotte. Opération à 10 heures du matin, six heures après le début des accidents. Liquide séreux louche, libre dans l'abdomen; pas traces d'adhérences; appendice gros, rouge. Parois épaissies, pas de perforation. Cavité un peu rétrécie, mais partout libre. Guérison.

Dans les 7 autres cas, l'opération a été faite pour des accidents de péritonite plus ou moins localisée; 2 fois l'appendice ne put être enlevé que par fragments successifs et par conséquent l'examen ne peut donner de résultats précis.

Dans les 5 autres faits, avec des lésions variables des parois, la cavité était toujours libre, parfois rétrécie, d'autres fois largement ouverte.

I. — Homme, 30 ans. Appendicite aiguë (2e attaque). Opération le 6e jour (28 août 1896). Appendice pris au milieu de fausses membranes, adhérent. Parois épaissies. Folliculite. Cavité absolument libre.

II. — Femme, 28 ans. Appendicite aiguë (2e attaque). Opérée au bout de quarante-huit heures. Pas d'adhérences, appendice et anses voisines rouges, un peu de liquide séreux. Parois épaissies, folliculite. Cavité libre, un peu rétrécie à sa partie supérieure.

III. — Homme, 40 ans. Appendicite aiguë (3e attaque). Opéré le 13 septembre 1896, le 5e jour. Appendice adhérent à la veine iliaque. Fausses membranes sur les anses voisines.

Voici le résumé de l'examen de l'appendice qui m'a été remis par mon ami, M. Paul Claisse :

« Appendice de 5 centimètres, régulièrement cylindrique, revêtu d'exsudat fibreux. Sur section longitudinale, cavité parfaitement libre, sans rétrécissement. Parois épaissies, consistantes. On rencontre dans la paroi des follicules hypertrophiées ». (Je supprime de cet examen ce qui a trait à l'étude bactériologique).

Enfin, je désirerais appeler plus particulièrement votre attention sur les deux derniers faits de cette série.

IV. — Fillette de 10 ans. Deuxième attaque d'appendicite. Appendicite aiguë à forme grave. Opérée le 7 novembre dernier, soixante heures après le début des accidents. Appendice perforé au milieu de fausses membranes limitant le foyer; mais autour, fausses membranes en plaques d'innoculation sur l'intestin non adhérent. Résection de l'appendice. Guérison.

Ce qui donne à cette observation un intérêt tout particulier, c'est l'examen histologique très complet que je dois à l'obligeance de mon ami, M. Siredey et que je tiens à mettre sous vos yeux.

Après durcissement au sublimé et inclusion dans la paraffine, il a été fait sur toute la longueur de l'appendice, 90 coupes en série qui ont permis de constater aussi complètement que possible, les altérations de cet organe.

En examinant ces coupes à l'œil nu, il est facile de se rendre compte qu'il n'existe, en aucun point, d'oblitération complète du canal appendiculaire. Chacune des préparations présente, en son centre, un espace libre, dont la forme et l'étendue varient. Assez régulièrement arrondie à la partie supérieure de l'appendice, près de la surface de section, la lumière du canal se réduit en certains endroits à une sorte de boutonnière légèrement béante, et même à une fente sinueuse un peu irrégulière. Mais nulle part on ne constate d'adhérences entre les parois et le bord libre de la muqueuse reste parfaitement distinct. Ces détails sont d'ailleurs confirmés par un examen fait avec l'objectif n° 2 qui montre bien nettement la persistance et l'intégrité de la lumière centrale sur toutes les coupes.

Dans deux régions, le canal appendiculaire est manifestement rétréci : au niveau d'une perforation qui siège environ à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs de l'appendice et, plus haut, entre la moitié et le tiers supérieur environ. En ce dernier point, la diminution de calibre du canal se rencontre sur cinq ou six préparations au moins, mais il persiste toujours une fente bien nette.

Le tiers inférieur environ de l'appendice, est le siège d'une inflammation très intense qui porte sur les follicules clos et sur le tissu adenoïde qui les entoure dans la partie profonde de la muqueuse. Les follicules clos, notablement augmentés de volume, sont déformés par

compression réciproque. Les mailles du tissu réticulé renferment de très nombreuses cellules lymphatiques qui les distendent. Cette infiltration d'éléments embryonnaires se remarque également dans le tissu sous-muqueux et même dans la couche glandulaire. Les glandes en tubes sont en quelque sorte dissociées par des traînées de cellules muqueuses.

Au niveau de la perforation, les lésions augmentent d'intensité, les follicules clos semblent moins distincts et se confondent peu à peu au milieu de vastes amas de cellules lymphatiques qui remplissent toute la trame réticulée. On distingue dans les deux couches musculaires de nombreuses petites ruptures vasculaires donnant lieu à des amas irréguliers d'hématies; de plus, au voisinage de ces petits foyers hémorrhagiques il existe des amas de cellules lymphatiques constituant de véritables abcès miliaires dont on voit le volume s'accroître sur les préparations suivantes. Ces petits abcès miliaires semblent se réunir à travers la couche musculaire et se confondre peu à peu avec un foyer principal qui s'est développé dans les follicules clos situés au-dessous des glandes.

Au niveau du rétrécissement supérieur, la folliculite est moins intense, mais on rencontre sur quelques points des glandes légèrement kystiques qui témoignent d'inflammations antérieures.

En résumé, pas d'oblitération complète du canal appendiculaire, folliculite intense avec abcès gagnant le péritoine à travers la couche musculaire, et c'est ce qui a été la cause de la perforation.

V. — Une jeune fille de 18 ans entre le 11 juillet dernier à la Charité, dans le service de mon maître, M. le professeur Tillaux que j'avais l'honneur de suppléer pendant les vacances. Jamais elle n'avait eu aucun signe d'appendicite; mais quinze jours avant son entrée, elle avait été prise d'embarras gastrique, puis d'entérocolite assez intense avec diarrhée persistante.

L'attaque d'appendicite avait débuté le 8 juillet. Je ne trouvais, en l'examinant le 12, quatre jours par conséquent après le début, aucune trace de foyer, pas de submatité, un léger ballonnement, une douleur très vive dans la fosse iliaque droite, des vomissements.

Le lendemain 13 juillet, les accidents ne s'étant pas amendés sous l'influence du repos, de l'application de glace et de l'immobilisation de l'intestin par la morphine, la douleur ayant, au contraire, de la tendance à se diffuser, le ballonnement à augmenter, j'intervins immédiatement.

A l'ouverture du péritoine, aucune trace d'adhérence, un peu de liquide séreux, légèrement trouble, baigne les anses intestinales. Ce liquide est recueilli dans une pipette.

Le cœcum, les anses d'intestin grêle voisines sont très rouges, vascularisées. L'appendice rétro-cœcal et ascendant est très long (12 centimètres), turgescent, rouge, dépoli. Nulle part, aucune trace d'adhérences.

Après la résection de l'appendice et un drainage de deux jours, la malade guérit rapidement.

Mon ami M. Achard a bien voulu faire l'examen bactériologique du liquide péritonéal et du contenu de l'appendice. Dans la cavité de l'appendice, beaucoup de bactérium coli et des microbes divers de l'intestin; dans le liquide péritonéal, du bactérium coli pur.

Or, dans ce cas, l'appendice que nous avons très soigneusement examiné, ne présentait en aucun point la moindre trace de rétrécissement; la lumière est particulièrement large, comme vous pouvez le voir sur la pièce que je vous présente. Il y a seulement dans la paroi des lésions de folliculite.

J'ai tenu à vous rapporter avec quelques détails cette observation, parce qu'elle me semble établir d'une façon évidente la filiation des accidents, et cela pour une première poussée d'appendicite aiguë, alors que l'examen n'est gêné par aucun reliquat d'inflammation antérieure.

Nous voyons à une entérocolite aiguë succéder une attaque d'appendicite, assez violente pour déterminer une infection péritonéale, constatée bactériologiquement, et cela, sans aucune trace de rétrécissement de la cavité appendiculaire, par le seul fait de la propagation de l'infection à la paroi appendiculaire et de là au péritoine.

Dans l'observation précédente, nous trouvons de plus la trace, le stigmate de la première attaque d'appendicite dans ces lésions de sclérose, de transformation kystique des glandes que nous montre la relation si intéressante de l'examen histologique de M. Siredey.

En résumé, sans vouloir en rien généraliser le résultat de ces observations dans tous les cas d'appendicite aiguë que j'ai examinés, je n'ai pas trouvé d'occlusion de l'appendice. *Toujours existait une folliculite plus ou moins accentuée, pouvant aller jusqu'à la formation d'abcès dans la paroi.* Dans le seul cas où j'ai pu opérer à la *première attaque* d'appendicite, la cavité était partout très large. Les appendices déjà touchés par des attaques antérieures étaient tantôt larges, tantôt plus ou moins rétrécis, mais toujours avec un canal perméable.

Je n'ai trouvé qu'une fois une oblitération de l'appendice, dans une opération faite à froid chez un malade qui avait eu cinq poussées d'appendicite, dont quatre avec abcès.

Je ne veux tirer de ces faits aucune conclusion sur la pathogénie de l'appendicite; ils semblent venir en tout cas à l'appui des conclusions déjà formulées par M. Brun, à savoir que le rétrécissement, que l'oblitération de l'appendice paraissent être plutôt le résultat que la cause de l'appendicite aiguë.

M. Jalaguier. — Après avoir été au début de ma pratique, et lorsque j'ai écrit l'article Appendicite *du traité de Chirurgie*, un

partisan des idées de Talamon sur le rôle de l'oblitération dans la pathogénie de l'appendicite, j'en suis venu à ne plus accorder à cette oblitération, qu'une importance tout à fait secondaire. Je partage absolument la manière de voir de M. Brun, et je suis convaincu que l'*oblitération du canal appendiculaire est le résultat et non la cause de l'appendicite.* C'est l'inflammation de la muqueuse de l'appendice qui produit le rétrécissement ou l'oblitération du canal appendiculaire. Quant aux coprolithes, je crois que, dans l'immense majorité des cas, ils sont autochtones, ainsi, du reste, que l'avait déjà indiqué Fabre dans sa thèse, en 1851; opinion reprise et soutenue depuis par Maurin et par mon ancien interne, Louis Jacob (thèse de Paris, 1893); ces concrétions se forment sur place, et l'inflammation chronique de la muqueuse me paraît être la cause principale de leur formation. Cela ne veut pas dire que je méconnaisse la condition défavorable dans laquelle se trouve un appendice rétréci, oblitéré, ou contenant un coprolithe : il est évidemment plus exposé qu'un autre a des poussées inflammatoires réitérées; mais ce que je conteste absolument, c'est que l'oblitération par rétrécissement, par coudure, ou par corps étranger, soit l'agent primordial et nécessaire d'une première poussée d'appendicite. J'ai, en effet, enlevé bien des appendices qui n'étaient ni oblitérés ni même rétrécis, et qui n'en avaient pas moins donné lieu à des crises typiques d'appendicite. D'autre part, j'ai trouvé des appendices clos qui n'avaient déterminé, depuis la première crise, aucune poussée nouvelle.

Je ne voudrais pas entrer dans la voie des hypothèses; cependant je ne puis m'empêcher de dire que plus j'étudie l'appendicite et plus j'ai tendance à la considérer, dans certains cas, tout au moins, comme une manifestation locale d'une infection générale. Ceux qui ont comparé l'appendicite à l'amygdalite ne sont peut-être pas éloignés de la vérité. J'ai observé des appendicites qui débutaient par un état général, avec fièvre, courbatures et symptômes abdominaux insignifiants; j'en ai vu une éclater au sixième jour d'une rougeole chez un petit garçon soigné par M. Bucquoy, et dont la sœur également atteinte de rougeole, présentait au même moment des symptômes légers d'entéro-colite. J'ai vu, avec mon ami Brissaud, un petit garçon pris d'appendicite pendant l'évolution d'une varicelle; enfin, j'ai assisté Chaput dans une opération de laparotomie pour péritonite consécutive à une appendicite survenue au déclin d'oreillons.

S'agit-il dans les cas de cette catégorie, d'une infection de l'appendice spéciale pour chacune de ces maladies? je l'ignore, et je me borne à signaler des faits. Aussi bien il est possible que l'infection rubéolique, ourlienne, etc., n'ait fait qu'exalter la

virulence d'agents infectieux contenus dans l'appendice, à l'état latent.

Pour en revenir à des faits positifs et communément observés, il est certain que, très souvent l'appendicite n'est que le reliquat d'une entéro-colite plus ou moins généralisée ; qu'il s'agisse d'une entéro-colite infectieuse aiguë, ou des manifestations connues sous le nom de colite membraneuse. J'ai observé plusieurs cas de ce genre ; un exemple très remarquable est le suivant : Une jeune fille de 14 ans est prise au mois de juin 1895, d'accidents graves d'entéro-colite infectieuse aiguë : vomissements, ballonnement du ventre, diarrhée fétide ; mon ami Merklen et moi nous ne trouvons rien qui ressemble à l'appendicite, malgré les examens minutieux et répétés. L'enfant se remet rapidement de cette crise et ne présente plus d'accidents jusqu'au mois de décembre. A cette époque, au moment de ses règles, elle est prise d'une poussée typique d'appendicite circonscrite ; nouvelles poussées en janvier et février 1896, toujours au moment des règles. L'appendice a été réséqué à la fin de février ; il renfermait du pus.

Je signale, en passant, cette influence de la menstruation sur le développement d'une poussée d'appendicite.

Pour expliquer ces appendicites qui surviennent pendant le cours ou à la suite des infections intestinales générales, il n'est pas besoin d'invoquer l'oblitération du canal appendiculaire par un coprolithe ou par une lésion pariétale. On comprend très bien que l'appendice, long canal étroit terminé en cul de sac, ne puisse, aussi facilement que le reste de l'intestin, se débarrasser des agents infectieux qui produisent l'entéro-colite.

En résumé, la présence d'une concrétion fécale ou l'existence d'un rétrécissement ou d'une oblitération, créent pour l'appendice, une situation défavorable au point de vue des rechutes. Et encore ne faut-il pas leur attribuer une trop grande importance dans la pathogénie de ces rechutes qui peuvent s'observer en dehors de l'existence d'un coprolithe ou d'une oblitération. L'influence des troubles vasculaires me paraît indéniable dans quelques cas, par exemple, pour la production des crises légères que réveille la constipation et qui cessent aussitôt après l'administration d'un purgatif ou d'un lavement. J'ai enlevé, au mois de juillet dernier, sur un garçon de 16 ans, un appendice énorme, gros comme mon index, et vasculaire au point qu'il semblait érectile. Cet appendice déterminait des crises à chaque écart de régime, pourtant sévèrement suivi, et chaque fois que le patient restait plus de deux ou trois jours sans prendre un purgatif. Malgré la répétition des crises, cet appendice n'était ni oblitéré ni rétréci. La présence d'un bol fécal dans le cœcum suffisait, semble-t-il à provoquer la crise

par une sorte d'état congestif de l'appendice. Depuis la résection de l'appendice, le jeune homme, qui ne suit plus aucun régime, n'a plus le moindre trouble intestinal.

Rapport.

Œsophagotomie externe pour corps étranger, chez un enfant de 6 mois et demi; guérison, par M. J. Lemaistre (de Limoges).

Rapport par M. A. BROCA.

Un enfant de 6 mois fut pris brusquement, le 18 novembre 1893, d'un état asphyxique que la mère ne sut comment expliquer. Elle appela d'urgence le Dr Debord (de Lubersac) et celui-ci conclut que probablement l'enfant venait d'avaler une petite broche de plomb avec laquelle on l'avait laissé jouer, broche à contour fort irrégulier, longue de 32 millimètres sur 15 de large. Les accidents s'étant calmés, M. Debord explora l'arrière gorge avec une sonde, sans y rien trouver, et dès lors il admit que la broche — qu'il ne put cependant retrouver — avait été rejetée. Mais les jours suivants, l'enfant devint souffreteux, n'avala que très difficilement, et enfin, au douzième jour, il fut adressé à M. J. Lemaistre.

Celui-ci ne découvrit rien à la palpation du cou, qui était gros et court, mais, par le toucher pharyngien, il crut sentir, à bout de doigt, quelques aspérités dures. Il essaya, mais en vain, de saisir ce corps étranger avec des pinces : aucune de celles qu'il possédait n'avait la courbure convenable. Il insista d'autant moins que le corps étranger était fort irrégulier et enclavé depuis longtemps, et il proposa l'œsophagotomie externe, qu'il pratiqua le 2 décembre, soit au quatorzième jour (il avait fallu quarante-huit heures pour que la mère allât demander le consentement du père).

Le manuel opératoire suivi par M. Lemaistre est classique ; notre confrère ne spécifie pas s'il incisa à droite ou à gauche ; il opéra au thermocautère, sauf pour ouvrir l'œsophage, de façon à éviter toute perte de sang. Le corps étranger lui servit de conducteur. L'œsophage était aminci, distendu par la broche, mais en aucun cas il n'y avait d'inflammation de voisinage. Après extraction, l'œsophage revenu sur lui-même avait l'aspect d'un gros ver de terre aplati. Il fut suturé avec deux points de catgut comprenant toute l'épaisseur de sa paroi. La plaie cutanée fut rétrécie par deux points et drainée à la gaze iodoformée. L'opération avait duré une vingtaine de minutes. La réunion œsophagienne échoua et, jusqu'au 13 décembre, il s'écoula du lait par la plaie. Une fois l'œsophage oblitéré, la plaie superficielle se ferma en deux ou trois jours.

Le 15 août 1896, l'enfant, âgé de 3 ans et demi, est en parfait état. Il avale facilement et sa cicatrice n'adhère pas au plan profond.

Tel est le fait sur lequel vous m'avez chargé de vous faire un rapport, et avant tout il convient de féliciter M. Lemaistre du beau succès qu'il a obtenu. Je ferai seulement une réserve sur l'incision au thermocautère ; quoi qu'en ait pu dire Verneuil dans son enseignement, et la pratique de M. Lemaistre en est évidemment un reste, l'instrument le plus hémostatique est le bistouri, pourvu qu'on sache manier les pinces à forcipressure. Je n'insiste pas sur cette légère critique, car aujourd'hui la bonne chirurgie a cause définitivement gagnée. Je voulais seulement dire que notre distingué confrère a guéri son malade non pas à cause du thermocautère, mais malgré lui.

M. Lemaistre a pris dans ses deux points de suture toute l'épaisseur des tuniques œsophagiennes et il tend à attribuer à cette pratique l'échec de la réunion immédiate ; Schramm, en effet, a obtenu la réunion parfaite avec une suture ne comprenant pas la muqueuse. Je crois, comme pour tous les fils placés sur des canaux forcément septiques, que M. Lemaistre a raison en principe, mais qu'à la profondeur où il agissait, sur un œsophage tout petit, il n'aurait pas eu, sans doute, grande commodité à agir autrement.

Lorsque M. Lemaistre intervint, il n'avait aucune notion spéciale sur les dimensions de l'œsophage chez l'enfant, et chez l'enfant à la mamelle en particulier ; il opéra en suivant les règles habituelles et s'en trouva bien. Mais, depuis, il s'est livré à quelques études anatomiques intéressantes à résumer : à la naissance, la longueur totale de l'œsophage est de 12 centimètres, et la portion cervicale, du cricoïde à la fourchette sternale, est de $3^{cm},5$; à 6 mois, la longueur totale est de 14 centimètres, et la portion cervicale est de $4^{cm},5$. D'autre part, chez l'enfant de 6 mois, si on étale la région cervicale en portant la tête en arrière et en rotation à droite ou à gauche, il y a, de l'angle de la mâchoire à l'articulation sternoclaviculaire, une longueur de $9^{cm},5$. C'est tout ce qu'il faut au chirurgien, et M. Lemaistre s'en est rendu compte avec succès sur le vivant avant de recourir aux mensurations cadavériques. Mais si on opère sur l'enfant à la mamelle, il faut se souvenir que l'œsophage, peut-être parce qu'il n'a encore servi qu'à la déglutition des liquides, est de fort petit calibre. De là une réelle difficulté, dont M. Lemaistre a su triompher. Mais de là aussi, sans doute, un facteur de succès : chez l'opéré de M. Lemaistre, malgré les aspérités du corps étranger, la tolérance avait été remarquable, l'œsophage n'était ni ulcéré, ni enflammé.

D'après un tableau où Schramm [1] réunit 12 opérations d'œso-

[1] H. Schramm, Ein Fall von Œsophagotomie bei einem einjährigen Kinde (*Wien. med. Woch.*, 1891, n° 50, p. 2102).

phagotomie externe pour corps étranger chez l'enfant au-dessous de 11 ans (avec le cas de M. Lemaistre, cela fait 13), M. Lemaistre détient, comme il le dit d'une façon pittoresque, le « record » de l'âge. Après son malade vient celui de Schramm, fillette de 1 an, à laquelle fut extrait, au troisième jour, un bouton de porcelaine, ayant 2 centimètres de diamètre sur 0cm,5 d'épaisseur.

Je n'ai pas l'intention de reproduire ici ce tableau ; je ne veux même pas, malgré l'exemple de Schramm, en conclure que, puisqu'il y a eu trois morts, la mortalité est de 25 0/0. Les trois décès appartiennent à Arnott (1853), Demarquay (1854), Monnier (1883) et proviennent de la période préantiseptique et, dès lors, on en doit aujourd'hui faire abstraction. Par contre, les opérations antiseptiques, au nombre de 7, donnent 7 succès, et 0 0/0 de mortalité, c'est bien peu. Cela prouve, tout simplement, une fois de plus, qu'avec quelques commentaires, on fait dire aux chiffres ce qu'on veut.

Puisque la question de l'œsophagotomie externe chez l'enfant est soulevée devant nous par l'importante observation de M. Lemaistre, je vais relater un fait qui m'est personnel.

Observation. — Broch..., Jeanne, 16 mois, est amenée, le 22 mai 1896, à l'hôpital Trousseau, salle Giraldès.

Cette enfant, élevée au sein jusqu'à 6 mois, puis au biberon, aurait pris, vers août 1895, par inadvertance de la nourrice, une cuillerée d'ammoniaque au lieu d'une cuillerée de potion. Pendant six semaines, elle fut entre la vie et la mort ; puis elle recommença à boire du lait et même à manger des œufs. Il y a deux mois, elle se mit à régurgiter en partie le lait ; cela s'aggrava, et depuis une quinzaine de jours la régurgitation suivait presque immédiatement l'ingestion lorsque l'enfant me fut présentée. Un rétrécissement par déglutition de caustique était probable ; je tentai donc le cathétérisme et avec aucune sonde je ne pus descendre au-dessous du cricoïde. En raison de ce siège élevé, et tout en sachant combien sont diffuses, en général, les lésions des rétrécissements cicatriciels, je pratiquai, le 23 mai, l'œsophagotomie externe

Je fis l'incision classique à gauche, et, après avoir reconnu le sterno-mastoïdien, le faisceau vasculonerveux, le lobe gauche de la thyroïde, j'arrivai sur l'œsophage, qu'une disposition spéciale rendit très facile à reconnaître : à chaque expiration apparaissait au-dessus de la fourchette sternale une poche grosse comme un œuf de pigeon, s'arrêtant brusquement à mi-hauteur du cou et se continuant là avec un canal musculaire, l'œsophage certainement, petit, rétracté, mais non induré. J'ouvris donc cette poche, j'en pris chaque lèvre dans une pince à forcipressure, et je me mis en devoir d'explorer l'œsophage ; je dus éviter de tirer sur lui parce qu'il en résultait une suffocation grave.

J'introduisis donc une bougie n° 16 dans le bout inférieur et elle fut arrêtée à 5 centimètres au-dessous de la fourchette ; et, quand je la

retirai, elle fut suivie, à ma grande surprise, de trois petits cailloux, circulaires et plats, qui se présentèrent d'eux-mêmes dans la plaie. Après les avoir extraits, je recommençai le cathétérisme et, cette fois encore, je ne pus franchir le cardia; comme la poche œsophagienne était large, j'y introduisis le petit doigt et tout en bas je sentis un quatrième caillou que j'allai chercher avec une pince. Il était environ de la dimension d'une pièce de 50 centimes, un peu plus grand. Alors je pus faire pénétrer la sonde dans l'estomac. Mais je ne pus franchir de bas on haut le bout inférieur et dès lors je suturai les lèvres de l'œsophage à la peau, en mettant une sondo à demeure dans cet orifice.

Le soir, à 9 heures, survint de la suffocation, et M. Bayeux, interne de garde, pratiqua le tubage; il retira un peu la sonde et la respiration devint calme. Le tube (calibre pour enfant de 2 ans) ayant été rejeté à 1 h. 30 m. du matin, dut être replacé à 2 h. 15 m. (calibre pour enfant de 3 à 4 ans). Le tubage dut être continué le 24 et le 25; il fut supprimé le 26 et la respiration se fit bien à partir de ce moment. Le 26 au soir, dans un effort de vomissement, la sonde œsophagienne fut expulsée; elle fut aisément remise en place.

L'alimentation se fit bien (lait, œufs, bouillon) jusqu'au 28; le 28, elle devint difficile; en même temps, l'enfant se mit à tousser, la température qui, depuis le 24, était fixée à 38° (rectale), monta, le 27 au soir, à 39°4, fut le 28 de 39°,6 et 39°, et la mort survint le 29, à 5 heures du matin.

Autopsie pratiquée par MM. Courtillier et Audion, internes du service.

Œsophage. — La suture de la bouche œsophagienne est réunie sur presque toute son étendue; pas de phlegmon cervical. Extérieurement, le canal ne paraît pas malade, mais, intérieurement, il est infundibuliforme, de bas en haut, et à son extrémité supérieure son calibre n'est pas dilatable; la muqueuse n'est pas franchement cicatricielle, mais est épaisse, rigide, granuleuse, avec quelques érosions; sur tout le tiers supériour, elle est altérée et séparée de la muqueuse saine, en haut et en bas, par une ligne sinueuse, mamelonnée.

Poumons. — Des deux côtés, à gauche surtout, existent des noyaux disséminés de bronchopneumonie tuberculeuse; au sommet gauche est une petite caverne, entourée de quelques noyaux caséeux; à droite, un noyau de tuberculose fibreuse. Adénopathie trachéobronchique.

Cette observation présente une obscurité diagnostique réelle; j'ignore absolument quand et comment les cailloux ont pu être introduits dans l'œsophage; je ne sais quelle créance je dois attribuer à la cautérisation par l'ammoniaque. La dilatation de l'œsophage par les gaz gastriques s'arrêtant brusquement un peu au-dessous du larynx, l'impossibilité du cathétérisme, démontrent bien qu'il existait un rétrécissement et d'ailleurs, sans qu'on pût parler d'une vraie cicatrice, après l'incision, cette région de l'œsophage avait perdu son extensibilité. Mais alors, comment ont

passé les cailloux? Ce qui est probable, c'est que l'œsophage était redevenu, après l'ingestion d'ammoniaque, perméable aux liquides et que les accidents survenus dans les deux derniers mois étaient liés à la présence des corps étrangers, et que si ces derniers n'ont pu franchir le cardia, c'est que cette région avait été, comme l'anneau supérieur, un peu altérée par le contact de l'ammoniaque.

Quoi qu'il en soit, cela montre combien peut être difficile le diagnostic des corps étrangers de l'œsophage, et, à cet égard, l'observation de M. Lemaistre est intéressante ; pendant douze jours, on a pu croire que le corps étranger avait été expulsé, tellement, après quelques minutes d'accidents graves, la tolérance avait d'abord été parfaite. Et cependant, il s'agissait d'une broche irrégulière, large de 15 millimètres, logée dans un œsophage d'enfant de 6 mois, au-dessous du cricoïde ; or, d'après les recherches de M. Lemaistre, la largeur de l'œsophage à l'anneau supérieur est à cet âge de 7 millimètres en moyenne, et pour faire franchir, sur le cadavre, cet anneau par la broche, il fallut une forte poussée. Il faut donc retenir, avec M. Lemaistre, que sur l'enfant vivant l'œsophage est très extensible et de la trop grande largeur d'un corps étranger ne pas conclure qu'il ne peut être logé dans l'œsophage.

Cette notion, je l'avais, à mes dépens, acquise il y a neuf ans, dans les conditions suivantes : j'avais été appelé auprès d'une fillette de 18 mois qui avait, disait une bonne, avalé une clef de commode. Il y avait eu quelques minutes de suffocation, mais l'enfant s'était remise et quand j'arrivai, environ une demi-heure après l'accident supposé, la respiration était calme. J'introduisis mon doigt dans le pharynx, je palpai le cou et je ne sentis rien ; je fis avaler du lait qui passa aisément, et, comme on me montrait à titre de spécimen une clef semblable qui me parut énorme, avec son anneau elliptique large de près de 3 centimètres, j'eus tendance à admettre que la bonne donnait un renseignement erroné. Néanmoins, le lendemain, j'endormis l'enfant et je sondai l'œsophage avec un mandrin à renflement olivaire, coudé, en caoutchouc durci; cette fois encore, je ne sentis rien et les parents furent rassurés, d'autant plus que le lait continua à être bien dégluti ; mais, quelques jours plus tard, éclatèrent brusquement des accès de suffocation et quarante-huit heures après cette reprise, l'enfant succombait; les parents demandèrent l'autopsie et je trouvai la clef au-dessous du cricoïde.

Dans l'observation de M. Lemaistre, comme dans la mienne, une sonde rigide passa, sans rien sentir, entre le corps étranger, plat, et la face postérieure de l'œsophage.

Je ne reprendrai pas, à ce sujet, toute l'histoire des corps

étrangers de l'œsophage chez l'enfant; il me suffit d'avoir mis en relief la particularité intéressante de l'observation de M. Lemaistre au point de vue du diagnostic et de l'intervention opératoire.

Je vous propose : 1° de remercier notre confrère ; 2° de déposer son travail dans nos Archives ; 3° de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Communication.

Sur un cas de cancer primitif du foie traité par l'ablation.

Par M. PAUL SEGOND.

Si le cancer primitif du foie est en lui-même assez rare, le cancer primitif opérable l'est bien plus encore, et je crois bien que les cas actuellement connus de résections hépatiques pour tumeurs de cette nature se réduisent à treize environ, dont neuf cancers, trois sarcomes, et un prétendu adénome qu'il convient de ranger parmi les cancers puisque l'opéré est mort, au bout de six mois, avec tous les symptômes cliniques d'un cancer du foie.

Ces quelques observations dues à Bruns, Clément, Hochenegg, Keen, Küster, Lucke, Mayo Robson, Tiffany, Bardeleben, Israël, Sklifassowsky, Jacobs, et Groubé, se retrouvent pour la plupart dans l'excellent article que Kousnetzoff et Pensky(1) viennent de publier sur la résection du foie. Je me dispenserai donc de vous les analyser à mon tour et je me contenterai de vous rappeler les quelques renseignements qui se dégagent de leur lecture.

Elles démontrent d'abord que, sans être fréquente, la possibilité de rencontrer un cancer hépatique assez limité pour être justiciable d'une ablation totale, n'est pas aussi exceptionnelle qu'on pourrait le supposer, et qu'en présence d'un cas de cette nature, le pronostic immédiat de l'intervention est assez rassurant. Les treize opérations que j'ai rappelées ont en effet donné treize succès opératoires et ne paraissent pas avoir présenté de difficultés d'exécution particulières.

Ainsi qu'il arrive pour toute résection hépatique, l'écueil principal a toujours été l'hémorrhagie. Aussi, presque tous les opérateurs ont-ils opté pour le traitement extra-péritonéal du pédicule hépatique. Bruns et Israël sont les seuls qui l'aient abandonné

[1] KOUSNETZOFF et PENSKY, Sur la résection partielle du foie (*Revue de chirurgie*, 1896, p. 501).

dans le ventre, après hépatorhaphie. Quant au résultat thérapeutique ultérieur, il n'est mentionné que rarement et la fréquence des récidives le rend jusqu'ici peu encourageant. Notons cependant que dans le cas d'Hochenegg, la guérison se maintenait encore parfaite au bout de dix-huit mois. Le dernier fait à relever, c'est que le diagnostic clinique n'a pour ainsi dire jamais été posé et que la laparotomie seule a permis de préciser le siège et la nature des tumeurs.

Pour être intéressant, le dossier de l'hépatectomie pour cancer n'est donc pas encore très fourni, et c'est ce qui m'encourage à vous communiquer le fait dont voici la relation ; ce n'est malheureusement pas un succès opératoire, car mon opérée est morte de schock, mais les difficultés vraiment curieuses du diagnostic et la simplicité de cette opération sont, je crois, à retenir.

Il s'agit d'une jeune femme de 34 ans qui m'a été adressée par mon ami le Dr Henrotin de Chicago, avec le diagnostic de fibromes utérins, diagnostic basé sur les signes fournis par l'examen physique, sur l'existence de métrorhagies, et sur ce fait, qu'en s'en référant aux renseignements donnés sur les antécédents, le mal paraissait bien avoir débuté par le développement d'une tumeur utérine. Le palper abdominal révélait l'existence de deux masses volumineuses réunies par une portion rétrécie ; l'une d'elles, perceptible au-dessus du pubis et sur la ligne médiane, faisait absolument corps avec l'utérus ; grosse comme deux poings, elle présentait une pseudo-fluctuation rappelant celles des tumeurs fibrokystiques. Cette tumeur était, paraît-il, la seule qui eût été reconnue au début des soins donnés à la malade. Il était donc bien naturel de la considérer comme le point de départ de l'autre masse néoplasique. Celle-ci, dont l'existence fut, je le répète, constatée assez longtemps après celle de la première, était cachée dans la fosse iliaque droite et remontait assez haut vers la région hépatique. Elle se distinguait par sa consistance dure, sa surface bosselée, et présentait, en un mot, tous les caractères classiques de fibromes sous-péritonéaux.

Dans son ensemble, la tumeur, formée de deux parties distinctes, était, on le voit, orientée de bas en haut et de gauche à droite, plongeant dans la cavité pelvienne et se prolongeant dans le flanc droit. Son niveau supérieur dépassait l'ombilic de quatre travers de doigt et son exacte limitation à ce niveau paraissait d'autant plus nette qu'il existait, entre la tumeur et la matité hépatique, une zone indiscutable de sonorité.

La seule particularité qui aurait pu éveiller l'attention, c'est qu'à ce niveau, la masse fibreuse, assez mobile dans le sens transversal, ne l'était point du tout dans le sens vertical. Mais cette immobilisation relative n'était point de nature à rectifier le diagnostic et fut mise par M. Henrotin, aussi bien que par moi-même, sur le compte d'une péritonite adhésive localisée.

Quant aux symptômes fonctionnels, ils se réduisaient à ceux d'une

endométrite avec affaiblissement et amaigrissement assez rapide depuis quelques mois. Et, je le dis encore, dans la zone hépatique, rien, absolument rien ne pouvait éveiller l'attention. Dans ces conditions, le diagnostic de fibromes utérins était donc le seul qui fût rationnel. C'est celui qu'a porté M. Henrotin et que j'ai adopté moi-même, lorsque nous avons conseillé l'un et l'autre l'intervention. Celle-ci a été pratiquée le 19 octobre, au couvent des Augustines de la rue de la Santé, en présence de mon ami le Docteur Charles Monod, et voici ce que j'ai constaté :

Laparotomie médiane. Le péritoine ouvert, le tablier épiploïque relevé, je tombe sur une tumeur médiane, sphéroïdale, violacée, mollasse et parcourue à sa surface par un grand nombre de vaisseaux gorgés de sang. A ma grande surprise, je constate qu'elle ne présente avec l'utérus que des rapports de contiguité. Elle en coiffe, à la vérité, le fond, comme un casque, mais elle ne lui est unie que par des adhérences qui se déchirent facilement sous le doigt et elle se laisse très facilement énucléer. Au cours de cette énucléation, les parois de la poche, très friables, se rompent sous mes doigts et montrent qu'elle est remplie de fugosités formant une sorte de bouillie sanguinolente et noirâtre. Cette première tumeur se continue directement avec la masse dure, qui est, à son tour, amenée facilement hors du ventre, et c'est alors, que nous constatons son implantation sur le bord tranchant du foie, au devant de la vésicule biliaire, dont l'intégrité est, soit dit en passant, parfaite.

Cette implantation est constituée par une lame de tissu hépatique sain, large de trois bons travers de doigts, et dont le peu d'épaisseur explique la persistance de la sonorité intestinale à ce niveau. J'ajoute que l'exploration de la face convexe du foie ne laisse reconnaître aucune nodosité suspecte.

Désireux d'achever le plus vite possible, j'enlève la tumeur d'un coup de ciseaux, et je fixe le pédicule dans l'angle supérieur de la plaie abdominale, après avoir assuré l'hémostase à l'aide de deux pinces à longs mors que je laisse à demeure.

Cette opération, fort simple et très rapidement conduite, était cependant au-dessus des forces de la malade. L'affaiblissement, déjà très grand au moment de l'intervention, n'a fait que s'accuser, le pouls ne s'est pas relevé et la mort est survenue le troisième jour, sans que nous ayons noté le moindre symptôme d'ordre septique. Bien que l'autopsie n'eut pas été faite, je me crois donc en droit de dire qu'il s'agit ici d'une mort par schock, sans autre complication.

La tumeur a été présentée à la Société anatomique par mon interne, M. Lapointe (1), et je ne puis vous la montrer aujourd'hui. Mais j'ai prié M. Leuba de la dessiner, et la belle planche que je mets sous vos yeux, vous en donne la très fidèle reproduction. Le néoplasme est, vous le voyez, constitué par deux parties différentes réunies l'une à l'autre par une portion retrécie intermédiaire. Celle qui coiffait le fond de

[1] Lapointe, *Bull. de la Soc. anat.*, octobre 1896, p. 700.

l'utérus est constituée par une paroi fibreuse, très vasculaire et peu résistante, dont la face interne enveloppe une masse de végétations molasses, friables et saignantes. Les masses bourgeonnantes, dégénérées, microbées, noirâtres dans leur ensemble, présentent par place une coloration jaunâtre. L'autre partie de la tumeur est au contraire très dure et bosselée. Sa consistance est absolument celle des fibromes et sa coupe présente une disposition lobulée qui rappelle un peu l'aspect d'une coupe du cervelet. Notons enfin qu'elle est capsulée et que la ligne de démarcation du néoplasme et du tissu hépatique sain est aussi nette que possible.

Quant à l'examen histologique, je le dois à M. Bezançon et, d'après lui, il s'agit d'un épithélioma tuberculo-alvéolaire à cellules polymorphes.

Tel est le fait que je désirais vous soumettre. Il me paraît intéressant, d'abord au point de vue anatomo-pathologique. La parfaite circonscription du néoplasme et sa pédiculisation démontrent une fois de plus que l'ablation des cancers primitifs du foie peut se présenter avec tous les caractères d'une intervention sûre et rationnelle. Enfin, au point de vue clinique, les difficultés particulières qui ont masqué le diagnostic jusqu'à l'ouverture du ventre se sont montrées si réelles et si bien faites pour dérouter, qu'elles méritaient bien, je crois, mention particulière.

Discussion.

M. Terrier. — A propos du fait que vient de vous relater M. Segond, permettez-moi de vous dire que l'extirpation des tumeurs du foie a été l'objet d'un certain nombre de travaux, parmi lesquels je vous citerai en particulier celui de MM. Kousnetzoff et Pensky de Karkow[1].

Ces auteurs se sont efforcés de chercher le meilleur procédé pour pratiquer des résections partielles du foie, par conséquent l'enlèvement des tumeurs malignes ou autres de cet organe ; et en particulier, le moyen d'obtenir l'hémostase du tissu hépatique. En général, et contrairement au procédé habituel utilisé par notre collègue M. Segond, ils ne conseillent pas l'emploi du procédé extrapéritonéal, parce que cette fixation extérieure n'est pas toujours solide ; que le tissu hépatique ne peut supporter, vu son peu de solidité, une certaine tension ; enfin, la longue durée de la cicatrisation de la plaie, ne cadre pas, selon leur expression, avec la marche de la chirurgie contemporaine.

[1] *Revue de chirurgie*, 1896, nos 7 et 12. — Ce dernier fascicule contenant la relation des expériences et des opérations faites sur le foie.

J'ajouterai à ces remarques que le fait d'amener le foie jusqu'à la plaie abdominale et de l'y fixer par des suture, ne me parait pas toujours possible.

Comme pour l'ovariotomie, comme pour l'hystérectomie, on devait donc chercher à traiter la résection du tissu hépatique par un procédé intra-péritonéal.

Ils ont donc essayé : les ligatures successives du tissu hépatique sectionné, les ligatures en masse, la fixation de l'épiploon à la plaie du foie, les ligatures des faisceaux vasculaires, ligatures des vaisseaux séparés, enfin la série des ligatures en masse, analogues comme on peut le voir sur ce schéma aux ligatures dites en chaîne, mais sans entrecroisement des fils.

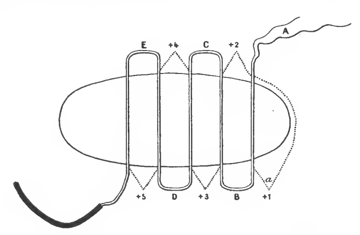


Schéma de ligature à travers le foie avec double fil ABCDE.

+1, +3, +5, nœuds sur la surface inférieure du foie; +2, +4, nœuds sur la surface supérieure du foie.

J'ajouterai que pour faire ces ligatures, les chirurgiens russes ci-dessus nommés, utilisent des aiguilles mousses qui ne lèsent pas les vaisseaux du foie.

Pour eux, le procédé intra-péritonéal du traitement du moignon hépatique doit être considéré comme le plus parfait, surtout, ajoutent-ils, si l'on fait usage du tampon, recommandé par Bergmann et Eiselsberg, ce qui mériterait une plus ample démonstration, étant données les expériences faites dans mon laboratoire de la faculté par mon ami le Dr Maurice Auvray, prosecteur de l'école pratique.

Présentations de pièces.

1° *Appendicite suppurée.*

M. Alfred Marchand présente une appendicite suppurée enlevée à un malade de 35 ans, atteint également d'un sphacèle de l'extrémité de l'organe avec calcul appendiculaire du volume d'un noyau de cerise.

« L'appendice, dit-il, que je présente à la *Société* a été réséqué par moi, chez un homme de 35 ans, malade depuis vingt jours, atteint d'accidents graves depuis six jours seulement.

« Cet appendice formait la paroi inférieure d'une vaste collection purulente située au niveau de la marge du bassin, et limitée par le cœcum, par une anse d'intestin grêle (iléo) et suivant toute vraisemblance par le bord convexe de l'anse oméga.

« Le pus contenu dans ce foyer était fétide et mêlé de sang. Je pus sentir, en décollant les organes formant la paroi, le corps étranger appendiculaire.

« L'évacuation complétée, l'organe libéré fut disséqué et excisé suivant les règles.

« L'extrémité interne ramollie gangrenée, exhalant une odeur fétide était perforée. L'organe tout entier semblait notablement plus long que l'appendice normal. Incisé sur le corps étranger, on nota que la cavité était notablement élargie.

« Le corps étranger était manifestement d'origine stercorale, noir, compact, cependant facile à écraser. Je ne dirai rien de l'observation elle-même et ne relèverai que les quelques particularités suivantes :

« 1° L'âge du malade, 35 ans;

« 2° Le début lent, obscur, sans caractères nets qui peuvent appeler sérieusement l'attention;

« 3° Le développement d'un abcès fétide, volumineux, contenant 25 grammes environ de pus sali par du sang;

« 4° Nonobstant ces conditions en apparence désaventageuses, une marche vers la guérison rapide et sans incidents sérieux. »

2° *Anse intestinale sphacélée.*

M. A. Marchand présente également une anse intestinale ayant donné issue à des matières intestinales dans le péritoine et ayant été réséquée. Malgré l'intervention, la mort survint rapidement.

Je vous présente une anse d'intestin grêle de $0^{cm},15$ gangrenée par suite d'incarcération dans un sac herniaire réduit depuis dix ans, présentant une large perforation sur sa convexité.

Malgré la striction exercée par le collet du sac, qui a suffi pour amener le sphacèle, des matières intestinales ont pu refluer dans le péritoine.

L'épanchement ne s'est produit que trente-six heures environ avant mon intervention, comme semble le démontrer l'observation que je vais résumer brièvement.

C'est à la suite d'un léger écart de régime que débutèrent les accidents chez le malade, très bien portant du reste et âgé de 53 ans. Il eut des vomissements alimentaires qui furent pris pour une indigestion (19 juin 1896). Ces premiers vomissements amenèrent une grande amélioration, et le malade reprit ses occupations le lendemain. Des accidents nouveaux ne tardèrent pas à se montrer (coliques, inappétences). Ils furent mis au compte d'un embarras gastrique, et un purgatif salin fut administré. Il fut rejeté mais détermina néanmoins des selles diarrhéïques assez abondantes. Cet incident fut très fâcheux puisqu'il fit gravement méconnaître la nature du mal.

La santé resta chancelante jusqu'au mercredi 24, survinrent alors de graves symptômes d'une façon très brusque. Le ventre devint très douloureux, les vomissements reparurent, constitués par des liquides de couleur porracée.

Le jeudi 25, je fus appelé et trouvai le malade dans un état grave : ventre météorisé, très sensible, facies abdominal, éructations gazeuses accompagnées du rejet de matières ayant l'apparence et l'odeur fécaloïdes.

Après examen, je pus obtenir du malade l'aveu qu'il avait porté pendant sept ou huit ans, un bandage pour une hernie qui depuis dix ans ne s'était plus montrée. Depuis cette époque, tout appareil contentif avait été mis de côté, et je dois dire avec raison, car l'examen minutieux des anneaux ne permettait point de reconnaître la moindre trace de hernie. Au-dessus de l'arcade crurale droite, il existait un point particulièrement douloureux, correspondant très vraisemblablement à la lésion primitive.

Malgré le fâcheux état du malade, je ne crus pas devoir refuser une opération qu'il réclamait lui-même.

Je pratiquai une laparotomie parallèle à l'arcade crurale. Le péritoine ouvert, il s'en exhala une odeur gangreneuse et fécaloïde qui justifia mes prévisions.

A peine avais-je écarté quelques anses d'intestin faiblement agglutinées, qu'un liquide purulent, très fétide, fit irruption. Après évacuation et désinfection de ce foyer, j'arrivai sur l'anse d'intestin incarcérée, je pus la dégager du sac dans lequel elle était logée et l'amener au dehors. Le sac était formé par une cavité arrondie dépendant du péritoine et limitée par des bords minces et par pointe presque tranchante. En présence des graves lésions de l'intestin complètement sphocelé et présentant la large perforation que vous voyez, je pris le parti de

pratiquer l'entéreetomie. L'opération fut exécutée par la méthode des sutures et très rapidement. Après un nettoyage aussi parfait que possible de la région infectée par le eontaet des matièrcs épanehées, dont j'avais pu garantir le reste de la grande séreuse, je fis passer dans le péritoine 15 litres d'eau bouillie à 40°. Je fixai l'anse réséquée à la paroi abdominale, fis un large drainage à la gaze iodoformée et fermai le reste de la plaie. L'opération avait été assez bien supportée; le pouls était resté assez plein et bien frappé, quoique dans les environs de 120.

Néanmoins, et malgré le retour eomplet de la eonnaissanee, le malade s'affaiblit et suecomba sept heures après l'opération par paralysie cardiaque progressive, malgré l'injeetion d'un litre de sérum artificiel.

Cette observation montre bien la rapidité avec laquelle l'infection suit les épanchements des matières intestinales dans le péritoine, mais pas plus que ces mêmes épanchements survenus au cours d'une fièvre typhoïde, elle n'en peut donner la mesure exacte; la superposition de la gravité de l'acte opératoire, à celle des états généraux par lesquels ou au cours desquels les lésions intestinales se sont produites assombrirent considérablement le pronostic. Les plus grandes réserves doivent donc être formulées au sujet de l'opportunité des interventions dans ces cas.

3° *Photographie d'une main au moyen des rayons Röntgen.*

M. Quénu présente une photographie obtenue par les rayons de Röntgen d'une main renfermant 2 fragments d'aiguilles. Un de ces fragments avait été enfoncé dix jours auparavant dans la paume de la main. L'autre, qui occupait la première phalange du petit doigt, était ignorée de la malade qui est couturière, et il y a des années qu'elle avait seulement remarqué une petite induration à ce niveau. Les 2 aiguilles ont été facilemenf extraites.

Je dois faire remarquer que la photographie n'indique pas de quel côté de l'os palmaire ou dorsal se trouve l'aiguille; on aperçoit en effet aussi nettement celle-ci en examinant le cliché par une face ou par l'autre, cela tient à ce que le tissu osseux se laisse en partie traverser par les rayons X. Pour avoir une notion exacte de la situation du corps étranger, surtout lorsqu'on ignore le point de pénétration, il est donc nécessaire d'avoir deux photographies faites suivant deux plans différents.

Discussion.

M. Delorme. — La photographie ne permet pas, malheureusement, de savoir à quelle profondeur, dans quelle couche se trouve

l'aiguille. Je n'ai pu retrouver un de ces corps étrangers dans la main avant que j'eusse à ma disposition une photographie de Röntgen.

M. Terrier. — Il eût été intéressant de photographier la main de cette malade après les tentatives de recherches.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
Quénu.

Séance du 9 décembre 1896.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. Jullien et une autre de M. Hartmann, qui se portent candidats à la place déclarée vacante de membre titulaire;

3° Un travail de M. Maréchal sur l'inoculation de la syphilis.

Rapport.

Note sur trois observations de suture intestinale pour lésions consécutives à la gangrène herniaire, par M. Barette.

Rapport par M. JALAGUIER.

Les observations de M. Barette ont trait à deux cas d'anus contre-nature et à un cas de fistule pyo-stercorale. Dans les trois cas, la guérison a été obtenue par la résection intestinale et la suture.

Obs. I. — *Anus contre-nature inguinal droit consécutif à une hernie gangrenée; entérorrhaphie latérale. Guérison.*

Il s'agit d'un homme de 52 ans, porteur, depuis cinq ans, d'un anus contre-nature inguinal sans éperon et qui, malgré cela, livrait passage

à la totalité des matières intestinales. Deux tentatives opératoires faites par d'autres chirurgiens avaient échoué. M. Barette intervint, à son tour, au mois d'août 1890. L'anus contre-nature fut libéré par une incision passant à 1 centimètre environ de l'orifice et pénétrant franchement dans la cavité péritonéale. On peut constater que le sphacèle avait détruit les trois quarts de la circonférence de l'intestin ; de plus, par suite d'une coudure brusque, l'orifice du bout inférieur était refoulé et obturé par le bout supérieur ; il résultait de cette disposition que les matières ne pouvaient pénétrer dans le bout inférieur, bien qu'il n'existât pas le moindre éperon. M. Barette réséqua une bande de 5 millimètres sur tout le pourtour de la perte de substance, de façon à lui donner la forme d'un losange un peu allongé ; puis, à l'aide d'une double série de sutures à la soie, il affronta les bords du losange suivant le diamètre transversal de l'intestin. La paroi abdominale fut suturée au crin de Florence. La réunion se fit par première intention ; les matières intestinales commencèrent à passer par l'anus au bout de cinq à six jours.

La guérison s'est maintenue depuis cette époque (1890).

Obs. II. — *Anus contre nature sus-inguinal droit, consécutif à une hernie gangrenée. Résection de 15 centimètres d'intestin grêle. Guérison.*

Homme de 36 ans, examiné par M. Barette soixante trois jours après l'ouverture spontanée d'un abcès stercoral. Il existait, dans la région inguinale droite, une plaie allongée, à bords muqueux, divisée en deux parties par un pont de paroi intestinale large de 2 centimètres environ. Pas d'éperon. M. Barette appliqua sur ce pont de paroi intestinale une pince à pression qui tomba au bout de quatre jours. On put voir alors les deux orifices intestinaux : le supérieur saillant dans la plaie et formé par un cylindre s'invaginant peu à peu, l'inférieur plus enfoncé, moins visible et plus difficile à pénétrer. Les deux orifices étaient réunis l'un à l'autre par une bande de muqueuse intestinale de 6 à 8 centimètres de long sur 3 centimètres de large, correspondant à la partie mésentérique de la paroi intestinale.

M. Barette pratiqua l'opération suivante : Par une incision faite à 6 millimètres du rebord muqueux, il libéra le bout supérieur, puis, prolongeant l'incision sur la bourse droite, il détacha, par une dissection minutieuse, une anse intestinale coudée très adhérente dans l'ancien sac herniaire. Agrandissant alors l'orifice de la paroi abdominale, il put attirer au dehors les parties de l'intestin grêle situées au-dessus e au-dessous de l'anse anciennement herniée et portant l'anus contre-nature. Sur ces parties saines, M. Barette fit une double section intestinale et une résection du coin mésentérique correspondant. La portion d'intestin enlevée mesurait 15 centimètres. Suture du mésentère à la soie. Entérorrhaphie circulaire par deux plans de suture à la soie. Fermeture de la paroi abdominale par des sutures perdues à la soie n° 3 et par des points superficiels au crin de Florence.

Les débris de l'ancien sac furent soigneusement excisés.

La guérison se fit sans aucun incident; les premières selles furent obtenues le huitième jour à l'aide d'un lavement glycériné.

Depuis quatre ans, la guérison s'est maintenue et, malgré l'absence de bandage, il n'y a aucune tendance à la reproduction de la hernie.

Obs. III. — *Fistule pyo-stercorale ombilicale consécutive à des accidents inflammatoires de pseudo-étranglement. Résection de 8 centimètres d'intestin grêle. Suture circulaire. Guérison.*

Femme de 53 ans. portant une ancienne hernie ombilicale du volume d'un gros œuf. Accidents d'étranglement terminés spontanément par un phlegmon stercoral et une fistule livrant passage à un mélange de pus et de matières fécales liquides. La malade entra dans le service de M. Barette au commencement de juillet 1894. A la région ombilicale était une tumeur grosse comme la moitié d'un œuf; au centre, on trouvait un orifice qui n'était pas bordé par la muqueuse intestinale et qui donnait issue à un mélange de pus et de matières stercorales. Cet orifice admettait facilement une sonde n° 18 qui s'engageait dans un trajet de 6 centimètres de profondeur.

Après avoir préparé la malade, M. Barette l'opéra le 10 juillet. Il circonscrivit la tumeur par une incision elliptique, en cherchant à séparer la peau du sac herniaire; mais les adhérences étaient si intimes qu'il mit presqu'aussitôt à découvert le contenu de la hernie; « il était constitué par une grosse bride épiploïque adhérente à l'intestin formant un des côtés du trajet fistuleux. L'intestin adhérant au pourtour de l'orifice herniaire formait une anse en V dont les deux branches communiquaient largement dans la concavité de leur coudure au moyen d'une sorte de cloaque duquel partait la fistule pyo-stercorale. » M. Barette attira à l'extérieur une petite longueur d'intestin sain et réséqua toute la portion coudée, soit 8 à 9 centimètres; puis il fit la suture circulaire à deux plans et ferma la paroi abdominale par deux plans de suture.

La guérison se fit aussi heureusement que dans les cas précédents.

Les trois observations que je viens de résumer dans leurs principaux détails, ne comportent pas de longues discussions; elles constituent trois beaux succès à l'actif de la chirurgie intestinale. En ce qui me concerne, j'approuve sans réserve la conduite de mon ami M. Barette et je n'ai aucune critique à lui adresser.

Je vous propose de le remercier pour son intéressante communication et d'inscrire son nom dans un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Suite de la discussion sur la pathogénie de l'appendicite.

M. Broca. — J'ai seulement deux mots à dire, pour confirmer de tous points les opinions de MM. Brun, Walther, Jalaguier. Sur 79

opérations d'appendicite, dont 37 ont été suivies d'ablation de l'appendice, sur le vivant ou à l'autopsie, trois fois seulement j'ai trouvé une cavité close, et dans les trois il s'agissait d'appendicite à rechute sans abcès ; je pense donc qu'en général la clôture de l'appendicite est un signe de guérison à moins d'aggravation par exaltation de la virulence microbienne; l'on sait, d'ailleurs, que tous les vieux foyers purulents en sont là et même jusqu'à stérilisation complète. Je mets à part, bien entendu, le cas de torsion aiguë que j'ai publié, il y a quelques semaines, dans la *Gazette hebdomadaire.* D'autre part, et dans le dernier cas que j'ai opéré et où le sujet, opéré en pleine péritonite suppurée, a succombé, l'extrémité de l'appendice contenait un calcul et était perforée, mais n'était nullement close.

Je confirmerai l'opinion de M. Brun sur l'entérocolite concomitante, et je dirai qu'après guérison opératoire j'ai coutume de soumettre mon opéré à un régime alimentaire particulièrement surveillé.

M. Bazy. — Lors de la dernière discussion sur l'appendicite qui a eu lieu il y a un an, parmi nous, je me suis efforcé de réclamer pour la vieille typhlite bien malmenée et bien oubliée aujourd'hui, le droit à l'existence et pour le cœcum le droit de déterminer des lésions tout aussi bien que l'appendice son voisin. J'y ajouterai volontiers aujourd'hui la valvule iléo-cœcale et la fin de l'iléon.

J'avais même, à ce sujet, cité l'exemple d'un malade à qui j'avais ouvert un abcès et comme, dans cet abcès, j'avais trouvé une matière fécale durcie du volume de l'extrémité du pouce, je m'étais dit, avec quelque apparence de raison, que ce corps étranger avait dû sortir de la cavité intestinale ailleurs que par les parois de l'appendice, et j'avais pensé qu'il avait trouvé un chemin plus facile à traverser, le cœcum ulcéré.

Je dois à la vérité de reconnaître que ma tentative de revendication n'eut aucun succès. Le vent était à l'appendicite ; et bien malavisé était celui qui ne voulait pas lui laisser toute la place.

Les communications de MM. Brun, Walther et Jalaguier simplifient beaucoup ma tâche dans cette tentative de réhabilitation et, dans tous les cas, me fournissent un singulier appui.

Si le cœcum, l'iléon peuvent donner lieu aux mêmes accidents que l'appendice, comme il est peu probable que ces deux organes puissent réaliser le phénomène du vase clos, du coup cette théorie est, non pas ruinée, mais ramenée à ses véritables proportions.

Or, il n'est pas douteux que le cœcum, la région iléo-cœcale peuvent donner lieu aux mêmes accidents que l'appendice. La clinique et l'anatomie pathologique le démontrent.

Quand des cliniciens comme M. Millard à la Société médicale des hôpitaux et M. Laveran, à l'Académie, cherchent à conserver le vieux type clinique de la typhlite, c'est qu'ils ont de sérieuses raisons pour cela.

Quand on voit dans la fosse iliaque droite et sous le flanc droit une tumeur cylindrique large de 6, 8 ou 10 centimètres, allongée verticalement, terminée en bas par une extrémité plus ou moins amoindrie à limites plus indécises vers le haut, du côté du foie, que cette tumeur coïncide avec des troubles digestifs, que cette tumeur est résistante, douloureuse à la pression, que, sous l'influence de grands lavages de l'intestin et du repos ou de tout autre moyen, on la voit peu à peu céder puis disparaître, on ne doit pas avoir d'hésitation à prononcer le nom de typhlite ou de typhlo-colite. Je n'insiste pas.

Mais, dira-t-on, rien ne vaut la constatation anatomique et surtout la constatation faite par le chirurgien, et ici, comme pour les salpingites, c'est surtout aux chirurgiens que l'on doit la connaissance des diverses modalités des lésions cœco-appendiculaires, parce qu'ils ont pu les voir aux différentes périodes de leur évolution.

Or l'anatomie pathologique démontre que le cœcum peut, aussi bien que l'appendice, déterminer des accidents.

Quand j'ouvre un abcès de la fosse iliaque ou du petit bassin et que je vois l'appendice au milieu du pus, quand je le vois, perforé ou non, sur une des parois de la poche, j'ai le droit de dire : l'appendice est la cause du mal, et je l'enlève. Mais quand, ouvrant un abcès, je vois le côlon, le cœcum, je vois des anses d'intestin grêle, que je ne vois nulle part l'appendice, ai-je le droit de dire que c'est lui qui est la cause des accidents? Nullement, pas plus que j'aurais tort de lui refuser un rôle dans la pathogénie des accidents dans les cas où il est visible et malade.

De quel droit aurait-il ce rôle exclusif? Il ne pourrait tirer ce droit que si les accidents dits appendiculaires obéissaient toujours à la théorie du vase clos, s'ils avaient besoin pour se produire de l'oblitération de l'appendice, la formation d'une cavité close que seul peut réaliser l'appendice.

A part cela, l'appendice est formé des mêmes éléments que les organes avoisinants, cœcum et iléon, muqueuse riche en follicules clos, et c'est cette richesse en follicules clos qui serait la cause prédisposante de la localisation des accidents infectieux dans cette région et alors pourquoi n'aurait-on pas des typhlites à coli-bacille ou à staphylocoques, comme on a des typhlites à bacille d'Eberth, à bacille de Koch? On ne dit pas appendicites typhoïdiques, appendicites tuberculeuses?

Au reste voici une observation qui est assez démonstrative à ce point de vue : elle prouve, d'une part, que la localisation des lésions n'est pas appendiculaire et que, comme l'a dit notre collègue Jalaguier, les rétrécissements paraissent être l'effet et non la cause des lésions appendiculaires.

Il s'agit au reste d'un cas classique.

M... (E.), âgée de 28 ans ; très bonne santé antérieure ; entrée le 22 avril dans mon service, à l'hôpital Tenon.

Au commencement de décembre 1895, elle est prise de douleurs abdominales violentes avec fièvre, à la suite d'un refroidissement. Les accidents se calment puis reparaissent le 26 décembre ; ils se reproduisent de nouveau en février et en mars et la température monte même un jour à 40°.

Les docteurs Yol et Broussin (de Versailles) qui voyaient la malade, me demandent de l'examiner.

Je confirme leur diagnostic et nous concluons à la nécessité d'une opération pour laquelle la malade entre dans mon service.

A ce moment, elle ne souffre plus, mais on voit dans la fosse iliaque droite, un empâtement et des petites masses un peu douloureuses et légèrement allongées obliquement, un peu fermes et difficilement délimitables. Pas de fièvre, un peu de fatigue résultant des attaques successives de typhlo-appendicite.

Laparotomie pour appendicite. — Incision parallèle à l'arcade crurale et à deux centimètres au-dessus d'elle. Après ouverture du péritoine, on aperçoit le cœcum recouvert de fausses membranes. Il est adhérent à la fosse iliaque. Le doigt plongé dans le ventre sépare petit à petit le cœcum et on peut l'attirer à l'extérieur. A ce moment, une surface légèrement grenue, violacée, de l'étendue d'une lentille allongée, éveille l'attention et fait penser qu'il y a là une perforation se trouvant à la base du cœcum, car on aperçoit au voisinage une espèce de cordon que l'on croit être l'appendice, mais on reconnaît ensuite que ce n'est pas lui. On se hâte de suturer à la soie cette perforation par plusieurs points séparés et en surjet.

Cela fait, on recherche l'appendice et ce que l'on croyait être cet organe n'est que probablement un repli de l'intestin ou de l'épiploon. A côté, on voit un cordon plus volumineux (volume d'une cigarette renflée à son extrémité), et en en cherchant les limites, on en détache facilement l'extrémité qui était située en arrière du cœcum, dans la fosse iliaque, a côté de l'abouchement de l'intestin grêle.

Cet appendice est rétréci dans son milieu (longueur, 5 centimètres), et au niveau de ce rétrécissement existe une perforation reconnue parce qu'il sort un liquide blanchâtre semblable à du lait. On place des pinces au-dessus et au-dessous de la perforation ; on détache le péritoine de l'appendice et après avoir lié cet organe avec une forte soie, on le coupe 1/2 centimètre au-dessous ; on cautérise et on détruit la muqueuse de l'appendice, et on fait par-dessus une suture de Lembert au catgut (les

soies ayant cassé). Pendant tout ce temps, on a cherché à protéger le péritoine et à faire une opération extra-péritonéale. On réduit l'intestin dans le ventre ; après s'être assuré que l'hémostase est faite, l'on fait une suture de la paroi par deux plans au catgut pour péritoine et aponéroses, et pour la peau au crin de Florence. Pansement iodoformé ; chloroforme.

Description de la pièce. — La première perforation siège manifestement sur le cœcum et n'était nullement en rapport avec l'appendice qui était situé à son côté interne et postérieur. De même, la perforation appendiculaire n'avait aucun rapport avec la perforation cœcale. Au demeurant, ces perforations étaient perdues au milieu d'adhérences.

La perforation appendiculaire était située au niveau d'un rétrécissement très étroit et la muqueuse de l'offensive après ouverture de celui-ci est moins rouge et moins tomenteuse entre le rétrécissement et le sommet de l'appendice qu'entre celui-ci et sa base, de sorte que, dans l'espèce, le rétrécissement et par suite la rétention microbienne, en arrière de ce rétrécissement, n'aurait joué qu'un rôle effacé.

Du liquide a été recueilli après séjour de 20 minutes environ de la pièce dans une cuvette aseptique pour être examiné au point de vue microbien. Il contenait du staphylocoque.

Suites opératoires normales ; pas de fièvre.

J'ai eu de ses nouvelles cinq mois après ; elle allait très bien.

Pour résumer cette observation, je dirai : cœcum et appendice adhérents.

Dans deux points, le détachement des adhérences, facile ailleurs, amène l'ouverture de l'intestin et l'ouverture de l'appendice.

J'en conclus, que la paroi du cœcum, d'une part, de l'appendice, de l'autre, étaient amincies ou détruites dans chacun de ces points. Or le point cœcal était éloigné de l'appendice, ce n'est pas la lésion appendiculaire qui a causé la lésion cœcale ; ce sont deux lésions similaires, deux lésions contemporaines ; le cœcum était malade au même titre et au même degré que l'appendice. Donc il y avait ici typhlite et appendicite à la fois.

Voyons maintenant les lésions de l'appendice. Celui-ci était rétréci. Mais c'est précisément au niveau de ce rétrécissement que s'est produite la déchirure et la perforation. Partout ailleurs, soit du côté de son extrémité adhérente, soit du côté de l'extrémité libre, l'appendice s'est laissé détacher facilement. C'était donc au niveau du rétrécissement que s'était produit le maximum des lésions.

Je note même dans la description de la pièce, faite immédiatement après l'opération, que la muqueuse appendiculaire est plus rouge, plus congestionnée en deçà qu'en delà du rétrécissement, plutôt du côté du cœcum que du côté de l'appendice. Le rétrécis-

sement ne paraît donc pas avoir exercé la moindre influence sur les lésions.

Un argument important en faveur de la théorie purement appendiculaire des accidents abdominaux, c'est la cessation de ces accidents, quand par une opération à froid, on a enlevé l'appendice. C'est un argument très sérieux qui garde toute sa valeur quand les lésions ont été purement appendiculaires, mais qui en perd évidemment un peu depuis que M. Brun nous a dit avoir observé la continuation, quoique avec des caractères différents, d'accidents intestinaux chez des malades auxquels il avait enlevé l'appendice. Mais d'un autre côté, on peut voir aussi cesser tout espèce d'accidents et de rechutes chez les malades auxquels on s'est contenté d'ouvrir un abcès, sans avoir touché à l'appendice.

Chez une malade à laquelle j'avais ouvert un abcès intra péritonéal d'origine appendiculo-cæcale et qui a très bien guéri, je n'ai trouvé que des adhérences solides et complétement refroidies, un an après, quand j'ai dû lui faire une laparotomie pour un kyste suppuré du ligament large.

D'autres malades sont restés guéris depuis 8, 5, 4 ans, etc., que je les ai opérés d'abcès sans résection de l'appendice.

Cela prouve que tout n'est pas dans l'appendice et qu'il peut y avoir des lésions ailleurs que sur cet organe.

Quoi d'étonnant à cela ? Est-ce que M. Terrier ne nous signalait pas à l'une de nos dernières séances les cas de perforations intestinales multiples qui siégeaient ailleurs que dans le cæcum, dans des points probablement moins riches en follicules clos que le cæcum ? Est-ce qu'il n'y a pas l'ulcère perforant du duodénum.

J'ai dû moi-même au commencement de l'année faire une laparotomie pour péritonite suppurée et généralisée à une malade qui avait du pus dans la fosse iliaque gauche et dans le petit bassin, péritonite probablement d'origine intestinale, la palpation de l'utérus et des anneaux n'en ayant rien revélé d'anormal à leur niveau.

Dernièrement encore dans le cours d'une laparotomie, je notais et faisais remarquer à mes aides l'existence d'adhérences anciennes de l'S iliaque au péritoine de la fosse iliaque, vestiges évidents d'une lésion de cette portion de l'intestin.

L'intestin peut en effet être malade sur toute sa longueurr.

Si donc l'appendice ne peut pas être toujours mis en cause, la théorie du vase clos perd de son importance et ne peut tout expliquer.

L'intensité des accidents infectieux dépend évidemment de l'exaltation de la virulence des microbes, mais ces microbes pour mettre leur virulence n'ont pas besoin d'être enfermés.

Le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque, le coli-

bacille sont nos hôtes habituels; il n'est pas nécessaire de les enfermer pour qu'ils déterminent les lésions qui leur sont propres.

Ces lésions ulcéreuses pour se produire n'ont pas besoin de sièges sur des tissus fermant une cavité close.

Les microbes n'ont pas besoin d'être en vase clos (je parle d'un vase clos microscopique) pour devenir virulents ou pour exalter leur virulence. Je n'en veux pour preuve que les cas de lymphansite et d'érysipèle qu'on observe fréquemment à la suite de lésions les plus superficielles.

Les microbes, hôtes habituels ou temporaires de l'intestin peuvent donc attaquer les parois intestinales, les ulcérer sans qu'il soit nécessaire d'invoquer leur incarcération. Que mis en vase clos, ils peuvent devenir plus nocifs, plus virulents, c'est possible, mais encore faut-il certaines autres conditions encore mal connues. La théorie du vase clos ne saurait tout expliquer si elle était vraie pour tous les cas, elle aurait pour conséquence fatale et constante l'ablation de l'appendice, et cette ablation aurait à son tour une conséquence toujours la même : c'est-à-dire la guérison définitive. Or nous avons vu que ces deux résultats sont loin d'être constants, les faits de tous les jours le prouvent. C'est pour cela que j'ai voulu rendre au cœcum la part qui lui revenait dans la production des accidents dits appendiculaires. Il m'a paru bon de rappeler ces faits à cause des conséquences opératoires et thérapeutiques qu'ils comportent.

M. Tuffier. — J'aborderai devant vous deux points de l'histoire de l'appendicite ; l'un a trait à la discussion actuelle sur sa *pathogénie ;* l'autre, à une de ses complications qui, je crois, n'a pas été encore étudiée : l'*obstruction intestinale consécutive à l'appendicite.*

J'ai opéré 54 malades. Les quatre derniers que j'ai opérés par ablation de l'appendice n'avaient pas de cavité close ; l'appendice était perméable dans toute son étendue. Je crois comme mes collègues Brun, Jalaguier, que l'inflammation de l'appendice n'est qu'une localisation d'une entérite plus ou moins étendue, mais la forme et la structure du diverticule appendiculaire, créent un état particulièrement favorable aux accidents de perforation. Comme tous les conduits muqueux, l'appendice s'infecte par sa muqueuse, puis ses couches sous-jacentes s'infiltrent, c'est l'appendicite interstitielle parenchymateuse, ultérieurement ses parois se rétractent et sa muqueuse s'altère ou disparaît, d'où les rétrécissements et les oblitérations. Vous trouvez alors les accidents communs à tous les canaux excréteurs, trompe, urtère, cholédoque, rétention des produits de sécrétion ou des corps étrangers.

D'où la division que j'ai coutume d'établir : 1° appendicite sans rétention ; 2° appendicite avec rétention *incomplète* (rétrécissements) ou avec rétention *complète* (la cavité close de Dieulafoy), rétention sternale, abcès, kyste dont j'ai vu un très bel exemple. La seule particularité anatomo-pathologique propre à l'appendice, c'est la fréquence de la gangrène en pareils cas. Nous ne connaissons rien d'analogue dans les conduits principaux semblables à l'appendice ; nous sommes bien peu édifiés sur les causes des gangrènes infectieuses en général et je ne connais aucun travai expliquant la fréquence de ces accidents.

Il me paraît cependant résulter des faits que j'ai observés que le sphacèle est surtout fréquent lorsqu'il existe un gros noyau sternale dans l'appendice rétréci. Ce n'est là d'ailleurs qu'une hypothèse basée sur un trop petit nombre de faits pour pouvoir être établie comme une loi.

2° L'*obstruction intestinale* consécutive à l'appendicite ne me paraît pas avoir été étudiée. Je crois que certains accidents étiquetés appendicites à rechute ne sont que des faits d'obstruction intestinale par lésion de l'appendice et le diagnostic différentiel me paraît possible.

J'ai observé deux exemples bien nets de cette variété d'accidents, l'un surtout est remarquable puisque j'ai pu suivre l'enfant pendant trois ans avant de pratiquer avec le professeur Terrier son opération :

Il s'agit d'un enfant de 11 ans, qui fut pris, le 22 septembre 1893, d'une appendicite aigüe franche sans réaction péritonéale très intense et sans accidents apparents d'abcès. Les antécédents sont ceux d'un constipé avec accès d'entérite glaireuse. Il fut traité médicalement par M. J. Simon et M. Carron. Après trois mois d'immobilité et de régime lacté, pendant lesquels il eut des alternatives d'amélioration et d'aggravation, il put commencer à marcher; pendant son séjour au lit son aigrissement fut considérable et l'atrophie musculaire si marquée qu'il resta une claudication légère due à une impotence des péroniers gauches. Du côté de son appendice, on trouvait un noyau du volume d'une cerise exactement au point de Mac Burney. Au printemps suivant, malgré le traitement hydrominéral, l'hygiène parfaite, l'alimentation hachée ou pilée, l'emploi des purgatifs quotidiens, le malade eut une nouvelle poussée qui nécessita deux mois de séjour au lit. En octobre 1895, troisième rechute avec formation d'un plastron, fièvre, vomissements et ouverture de l'abcès dans le cœcum. A partir de cette date, le petit malade, toujours soumis à des précautions hygiéniques et alimentaires les plus attentives et les plus rigoureuses, paraissait guéri; au mois de janvier 1896, on ne sentait plus trace de nudosité dans la fosse iliaque. Malgré cela, la constipation nécessitait l'emploi quotidien de laxatifs et tout un régime était suivi comme aux mauvais jours. L'état général devint meilleur, la

région cœcale était peut-être un peu moins souple que la région iliaque gauche, mais il n'y avait point de douleurs. Le 27 avril, il fut subitement pris de constipation absolue sans émission de gaz, de ballonnement notable du ventre et de vomissements alimentaires, puis bilieux. Mon confrère Rufimesne donna en vain un purgatif et le lendemain je voyais l'enfant avec M. Jules Simon.

Je trouve le petit malade dans l'état suivant : le facies légèrement grippé, l'abdomen extrêmement distendu, les anses intestinales se dessinent sous la peau, la région des flancs est affaissée, il n'y a plus d'émission de gaz ni de matières depuis 24 heures, vomissements alimentaires. Nulle part il n'existe de douleur particulièrement marquée, la fosse iliaque droite est un peu plus sensible que le reste de l'abdomen. Il n'y a ni fièvre, ni accidents inflammatoires,le toucher rectal est négatif. Nous pensons qu'il s'agit là de phénomènes d'occlusion intestinale dus à un obstacle cœcal. Nous pensons qu'une tentative de libération doit être faite de nouveau par un purgatif avant de tenter une intervention. Le lendemain, la médication donnait lieu à de nombreuses évacuations et le ballonnement cédait, la fosse iliaque droite n'est pas empâtée, à peine sensible, on décide de laisser reposer le petit malade avant d'intervenir. Mais quatre jours après, nouvelle obstruction qui cède de nouveau à un purgatif. Vomissements, ballonnement considérable de l'abdomen, rétention complète des gaz, facies grippé, aucun accident fébrile ou inflammatoire.

L'opération a eu lieu le 7 mai 1896, rue Bizet, avec le précieux concours de M. le Dr Terrier, et l'aide de MM. Bresset et Dujarier. — Incision iliaque classique, décollement du péritoine et exploration péricœcale négative. Incision franche de la séreuse péritonéale; nous trouvons facilement le côlon ascendant et le cœcum. La surface du cœcum et la terminaison de l'intestin grêle sont bridés par des adhérences et coudés. Après avoir libéré ces différents cordons fibreux, nous cherchons à trouver l'appendice par le procédé habituel, c'est-à-dire en suivant la bandelette antérieure du cœcum, c'est en vain que nous isolons complètement les deux faces de l'organe et toute sa circonférence, ainsi que la région ilio-cœcale. Nous prolongeons nos recherches en arrière en remontant jusqu'au voisinage du rein, il est impossible de sentir même un cordon ou une bride quelconque rappelant la présence de l'appendice; la face postérieure du cœcum est bien cicatricielle, il existe à sa surface les trois petits ganglions du volume d'un gros pois et que j'ai décrits et figuré dans mon mémoire. Mais la surface est mince, et nous devons prendre de grandes précautions pour ne pas la déchirer. Pensant que l'obstruction est bien la cause des accidents, et que les brides cicatricielles sectionnés en sont la cause, nous fermons l'abdomen par trois points de suture. Drainage iodoformé. Aucun autre accident qu'un peu de rétention sanguine dans la plaie, rétention due à l'accolement de la mèche. Le petit malade sort le 21e jour complètement guéri. Depuis 6 mois il n'a pas eu le moindre accident du côté de son intestin, il a toujours gardé sa tendance à la constipation qui date de sa première enfance. Les atrophies musculaires ont complètement

disparu et sa santé générale est parfaite. La filiation des accidents est ici bien nette. Appendicite à rechute, abcès ouvert dans le cœcum avec élimination probable de l'appendice. Brides cicatricielles ayant provoqué des accidents d'obstruction intestinale.

Il s'agit d'un malade adulte dont je vous ai déjà rapporté l'histoire et qui, après 18 mois d'appendicite à rechute, se présenta à nous avec des signes d'obstruction légère et passagère de l'intestin. Je pensai à une appendicite à rechute et de fait il y avait une petite cavité fougueuse au lieu et place de l'appendice, mais il existait des adhérences épiploïques qui bordaient le cœcum très distendu et jouaient certainement un rôle prépondérant. Depuis son opération qui date du 11 mai, il est gros et gras. Je l'ai revu il y a deux mois, il n'a jamais présenté d'accidents intestinaux depuis cette époque.

Ma seconde observation est plus simple :

Ces deux faits ne sont qu'une contribution à l'étude de ces accidents, il faudra d'autres observations pour bien établir cette variété d'obstruction, ils permettent cependant de dire que certains accidents consécutifs à des appendicites anciennes sont dus à une obstruction cœcale. La forme du ventre indique bien le siège de l'obstacle. Ces phénomènes d'obstruction qui peuvent se reproduire simulent l'appendicite à rechute, ils pourraient cependant s'en distinguer par les signes locaux; absence de douleurs dans la fosse iliaque droite, pas d'empâtement dans cette région, toucher rectal négatif, par les signes généraux, aucun accident fébrile; et surtout par la forme et l'intensité du météorisme, par sa rapidité de production et par les signes d'occlusion complète. En un mot, l'état du malade présente les caractères d'une obstruction intestinale et non ceux d'une péritonite locale avec accidents réflexes.

M. Quénu. — Il me paraît nécessaire, si on veut apporter un peu de clarté dans cette discussion, de séparer la pathogénie de la première attaque d'appendicite de la pathogénie des attaques qui suivent. Pour la première attaque, je suis d'avis, comme MM. Brun et Jalaguier, que l'inflammation locale de l'appendice est ordinairement précédée d'une entérite plus étendue de l'intestin grêle ou gros, mais je me sépare de M. Jalaguier quand il estime que l'appendicite est souvent la manifestation d'un état général. Sans doute un mauvais état général peut disposer un individu à une poussée d'appendicite, mais comme il peut le disposer à une infection quelconque, il n'est pas besoin de chercher ailleurs que dans l'intestin les causes d'une infection appendiculaire. De ce que celle-ci a été précédée dans un cas d'une parotidite, cela prouve que l'entérite, avant de faire explosion sous la forme d'une péritonite péri-appendiculaire, avait au préalable occasionné une infection générale; cela ne prouve pas que cette entérite, l'appendicite consécutive, la

parotidite antérieure, soient des manifestations d'une même maladie générale.

J'arrive au second point, la pathogénie des poussées d'appendicite. Ce que cliniquement nous appelons rechute ou poussée d'appendicite correspond à des lésions et à des processus bien différents :

1° Nous pouvons avoir affaire à une véritable appendicite récidivante, c'est-à-dire que l'appendice ayant ses parois malades ou renfermant un corps étranger, nous voyons survenir des poussées d'inflammation aiguë entées sur un état chronique.

2° Le malade est pris de temps en temps de crises douloureuses dans la fosse iliaque, qui durent généralement peu et qui s'accompagnent de météorisme et d'une augmentation de l'induration si celle-ci a persisté. On ouvre le ventre, on ne trouve plus d'appendice, il a disparu ou bien il est fusionné dans les adhérences qui unissent le cœcum à la fosse iliaque, mais en avant du cœcum passe, en lui adhérant, un paquet épiploïque ; on se borne à réséquer ce dernier et le malade guérit, les attaques disparaissent, la santé revient. Telle est l'histoire d'un jeune garçon que j'ai rapportée dans notre Société, il y a deux ou trois ans, à propos d'une communication de M. Delorme.

3° Dans un troisième cas, on retrouve les adhérences épiploïques, on constate l'absence de l'appendice, et pourtant on avait de temps en temps au moment des poussées constaté une tuméfaction dure, allongée, simulant l'appendice. Cette tuméfaction était due aux ganglions qu'on rencontre dans l'angle formé par l'iléon et le cœcum, ganglions durcissant et grossissant vraisemblablement après de petites inoculations intestinales et simulant l'appendice. Nous avons observé un pareil cas avec M. Charrier. Les ganglions ont été enlevés et des tubes ensemencés avec des fragments : les tubes n'ont pas cultivé.

4° Enfin, dans une dernière catégorie de faits, l'appendice a encore disparu en partie, détruit par la gangrène plus ou moins complètement ; on trouve à sa place une petite cavité qui communique avec un tronçon perméable appendu au cœcum.

Hier, nous avons opéré avec le Dr Guyot un malade qui fut pris de sa première attaque au mois d'août dernier : depuis il a présenté une série de petites rechutes; à plusieurs reprises, nous avons relevé chez lui l'existence dans la fosse iliaque droite, en face de l'épine iliaque, d'une petite tumeur grosse comme un doigt, allongée, arrondie. Par le repos et sous l'influence des soins, cette petite tumeur disparaissait et on ne sentait plus rien dans la fosse iliaque, nous aurions juré qu'il s'agissait de l'appendice. Or, en faisant l'opération, nous avons trouvé, derrière des adhérences du

grand épiploon au cœcum, un petit foyer gros comme une aveline, à parois gangréneuses, d'un gris verdâtre : ce petit abcès gangréneux, limité par des adhérences d'un côté, le cœcum de l'autre, était en communication directe avec un tronçon d'appendice, long de 1 centimètre, perméable et non rétréci, comme nous nous en sommes assuré avec un stylet. Cet abcès résultait évidemment de la fonte gangréneuse des trois quarts terminaux de l'appendice, la dilatation de la poche ou son affaissement nous donnait l'illusion d'un appendice subissant une poussée d'inflammation.

En résumé, ce que nous appelons une poussée d'appendicite peut être une appendicite récidivante ; un syndrome occasionné par de simples brides épiploïques ; une adénite péricœcale ; un foyer en communication avec le cœcum, l'appendice étant à demi, aux trois quarts, ou totalement détruit.

La pathogénie des crises douloureuses, dites poussées d'appendicite, est donc complexe et il importe désormais de ne pas englober sous l'étiquette appendicite à répétition des faits dissemblables.

M. Paul Reclus. — Il est certain que malgré le remarquable talent avec lequel elle a été présentée et défendue, la théorie pathogénique du « vase clos » ne peut être acceptée, et au moment même où nous l'entendions développer si brillamment à l'Académie de médecine, il nous revenait en mémoire des cas nombreux où l'intervention chirurgicale nous avait montré des appendices perméables, largement ouverts dans le cœcum, et qui n'en avaient pas moins été le siège d'inflammation légère ou grave. Je me rattache donc à ce que vous disaient MM. Jalaguier, Brun et Walther, et l'existence de cette foule d'observations d'appendicite sans vase clos concomitant nous autorise du moins à dire que la pathogénie invoquée par MM. Talamon et Dieulafoy n'est pas générale et ne s'applique qu'à peu de cas.

Je trouve, pour ma part, que la théorie de la *stagnation*, que je professe depuis longtemps devant mes élèves de la Pitié, s'applique beaucoup mieux à la totalité des faits. On sait combien les liquides, les substances organiques s'inoculent facilement et fermentent lorsque quelque cause s'oppose à leur libre écoulement. Cette stagnation joue un rôle de première importance dans la pathologie urinaire où l'on voit les décompositions ammoniacales si fréquentes dans le bas-fond de la vessie, à la suite de l'hypertrophie de la prostate. On sait aussi les irritations, les inflammations graves, les sécrétions abondantes, les ulcérations même qui se font en arrière de rétrécissements anormaux. Le rectum, l'œsophage et l'urètre nous en fournissent de nombreux exemples. Eh bien ! le cœcum

forme normalement un de ces lieux de stagnation ; aussi à lui seul est-il plus souvent malade que le reste de l'intestin gros ou grêle. A plus forte raison il en sera de même de l'appendice, diverticule d'un diverticule et que dans mes leçons je compare volontiers à une fistule borgne interne dont il est presque le parfait équivalent.

Voici comment avec cette théorie de la stagnation j'explique les diverses variétés pathogéniques de l'appendicite. Dans un premier groupe je range les appendicites de cause locale, qui pour moi sont les plus nombreuses ; un corps étranger quelquefois — soixante-dix fois pour cent une boulette fécale — s'introduit dans l'appendice ; la pesanteur, les contractions de l'intestin l'y introduisent facilement ; elle en ressortira plus difficilement ; elle séjourne donc et parfois même s'incruste de sels calcaires. Ce corps étranger irrite les parois qui peuvent se défendre, mais peuvent aussi se laisser entamer ; les sécrétions muqueuses s'accumulent, fermentent, et les microbes, soit à la suite d'une perforation, soit par leur infiltration de proche en proche à travers les parois, atteignent la séreuse, et l'inflammation éclate. Corps étrangers dans l'appendice, sécrétions abondantes, fermentation de ces sécrétions, ulcération consécutive des parois, création d'une véritable fistule borgne interne avec tous les accidents qu'elle peut provoquer, perforation ou gangrène, voilà, en résumé, la pathogénie de notre premier groupe.

Notre deuxième groupe est constitué par les appendicites consécutives à une affection des voies digestives. Une entérite, une colite, une entéro-colite éclatent, ou bien une dysenterie, une fièvre typhoïde, une tuberculose intestinale. Les altérations superficielles ou profondes peuvent guérir plus facilement sur le reste de l'intestin qu'au niveau du cœcum et surtout qu'au niveau de l'appendice où la stagnation des matières fécales, des mucosités et des suppurations de toutes sortes provoque des cultures plus fertiles et plus abondantes. La maladie, guérie ailleurs, peut se cantonner dans le processus vermiculaire dont la muqueuse altérée et suppurante crée, ici encore, comme l'équivalent d'une fistule borgne interne.

Je pourrais rappeler ici l'observation d'un médecin qui, deux ans auparavant, avait été pris d'une entéro-colite pseudo-membraneuse grave ; au bout de trois mois, il est guéri, conservant à peine une sensibilité dans la fosse iliaque droite. Au bout de la deuxième année, il est pris brutalement d'une appendicite grave. N'est-il pas probable que son entéro-colite, guérie ailleurs, s'était maintenue dans son appendice, dont un jour les parois sous un prétexte quelconque — dans l'espèce un coup de froid — se défendirent mal et l'appendicite éclata.

Le troisième groupe est encore mal connu. Ce seraient les

appendicites de causes plus générales, mais qui n'en relèveraient pas moins de la stagnation. Une infection quelconque frappe les tissus lymphoïdes; les follicules clos qui tapissent si abondamment les parois de l'appendice se prennent à leur tour. Cette tuméfaction peut cesser ailleurs, tandis que, au niveau du processus vermiculaire, elle persiste, elle s'entretient elle-même comme s'entretiennent les ulcérations sous les endroits décollés, au fond des clapiers, dans les fistules borgnes, pour en revenir à notre comparaison habituelle. Qu'à ce moment une cause organique quelconque rende plus précaire la défense des tissus, l'inflammation gagne, inflammation qui tire toute sa gravité des rapports de l'appendice avec le péritoine. Sans séreuse voisine, pas d'appendicite ou appendicite avec des accidents négligeables.

Voyez, du reste, ce qui se passe dans les cas de guérison spontanée de l'appendicite, le plus souvent il y a oblitération ou destruction de la fistule, je veux dire de l'appendice lui-même. Dans quelques cas, l'appendice s'oblitère ; c'est le vase clos. La stagnation des liquides peut amener leur fermentation, une inflammation des parois. Si les parois résistent, si la phagocytose tue les germes, la cavité close, où les germes ont été tués et qui ne peut plus se ravitailler par l'intestin dont elle est désormais séparée est devenue l'équivalent d'un kyste inoffensif. L'appendice a pour ainsi dire disparu et c'est un mode de guérison. Dans un très grand nombre d'autre cas il se fait une gangrène, une véritable amputation spontanée de l'appendice, et si l'abcès se résorbe c'est encore un mode de guérison de l'appendicite, guérison sans crainte de rechute puisqu'il y a suppression du diverticule et des stagnations qui pourraient s'y faire.

Communication.

Recherches expérimentales et étude critique sur la chirurgie du poumon.

Par MM. QUÉNU et LONGUET.

La plupart des chirurgiens qui ont eu à exécuter des opérations sur la cage thoracique ou sur le poumon, se sont préoccupés, à juste titre, d'une complication dont l'étude a déjà prêté à discussion dans cette enceinte l'an dernier, nous voulons parler du pneumothorax. Quelques dissidences se sont produites : une minorité a voulu réagir contre des craintes considérées comme fort exagérées : Kœnig, en Allemagne, en faisait tout dernièrement la déclaration devant la Société de médecine berlinoise. Bazy émettait ici même cette opinion « qu'il n'y a pas à se préoccuper du défaut d'adhé-

rences; si l'on agit avec précaution, disait-il, on peut faire une incision à la plèvre et l'explorer sans danger. »

M. Ricard se rangeait aussi parmi ceux qui pratiquent la pleurotomie exploratrice franche, et qui, la résection costale effectuée, incisent hardiment le feuillet externe de la séreuse pleurale. Les faits opératoires et les faits expérimentaux donnent raison à ceux qui comme nous considèrent comme non négligeables la pénétration large de l'air et le collapsus du poumon qui s'ensuit.

Parmi les faits opératoires, il convient évidemment d'éliminer toutes les opérations faites pour empyème : en de telles circonstances, le malade est depuis quelque temps porteur d'un poumon dont la valeur fonctionnelle est notablement restreinte, et sa respiration s'est accommodée progressivement à des conditions anormales. Il en est à peu près de même de toutes les opérations de chirurgie pulmonaire exécutées sur des poumons rigides, scléreux, depuis longtemps en état d'incapacité physiologique. Seuls doivent être pris en considération les faits de plèvre intacte et d'un poumon qui n'est altéré qu'en un point *central*. On a cité, il est vrai, des exemples paraissant prouver qu'en l'absence de toute symphyse pleurale, la brusque entrée de l'air n'aurait aucune suite fâcheuse : tel serait le cas cité par M. Bazy, tel celui de M. Périer[1] et quatre ou cinq autres encore. Il nous est arrivé à nous-même de faire à la plèvre pariétale, en opérant un carcinome du sein propagé aux muscles inter-costaux, une ouverture large comme une pièce de un franc; la pénétration de l'air fut facilement limitée et le trou bouché par un simple tampon de gaz iodoformée. Il ne faut pas conclure de ces quelques faits à l'innocuité du pneumothorax, la manière dont s'accomplit la respiration, le siège de l'intervention, l'existence de quelques tractus empêchant une rétraction totale, voilà autant de facteurs susceptibles de modifier le pronostic de l'ouverture pleurale.

Dès 1885, Truc[2] relevait sur trois observations où les adhérences manquaient, un cas d'opération inachevée et un cas de mort. Rudolphe Œhler, opérant une gangrène pulmonaire, constata l'absence d'adhérences, d'où pneumothorax. Il fallut en rester là, tant le malade inspirait de vives inquiétudes; la suite de l'opération fut reportée à un mois plus tard.

Tout récemment, Tuffier[3] opérant un kyste hydatique, nous dit : « J'ouvre la plèvre, je fends la séreuse largement, la respiration devient anxieuse, le pouls rapide ». Nous avons personnellement fait des observations analogues chez un malade auquel nous avons

[1] Périer, *Thèse Planet*, 1890.
[2] Truc, *Thèse de Lyon*, 1885.
[3] Tuffier, *Congrès de chirurgie*, 1896.

ouvert un abcès du poumon dont nous avons dit quelques mots l'an dernier et qui est actuellement complètement guéri.

Si nous ouvrons le chapitre des pleurotomies faites pour des ablations de tumeurs du thorax, la fréquence des accidents est non moins manifeste. Leisrinck [1] perd son malade et tente sans succès une faradisation du phrénique. Fischer et Kolaczech [2], Weinlechner [3], Maas [4], Tietze [5], Vautrin [6], Witzel [7], Müller [8] observent des accidents asphyxiques graves à l'ouverture de la plèvre et dus certainement à l'entrée brusque de l'air dans la plèvre. Nous avons vérifié la réalité de ces accidents chez un malade auquel nous avons, en 1894, extirpé un énorme chondrôme des côtes étendu à la plèvre pariétale. Fait plus singulier, Kœnig [9], qui considère le pneumothorax comme négligeable, perdit lui-même un malade de cette complication.

Nous reconnaissons que dans bon nombre d'opérations sur le poumon, le pneumothorax n'a pas gêné beaucoup le chirurgien, mais il s'agissait d'opérations faites tardivement, à l'heure où les plèvres étaient reliées l'une à l'autre *par de larges adhérences*. La chirurgie pulmonaire est destinée à un autre avenir, et M. Terrier [10] le disait récemment : « Les opérations se feront de plus en plus et, en se multipliant, elles se feront plus précoces. »

Les faits expérimentaux viennent de tous points à l'appui des conclusions précédentes. Biondi [11] opère 5 chiens et en perd 4 au moment de l'intervention ou dans les quelques heures qui suivirent, sans autre cause apparente que la dyspnée ou l'apnée.

Dans 15 de nos cas expérimentaux, où la plèvre fut ouverte largement, nous avons constamment observé une dyspnée intense : 12 chiens moururent d'asphyxie, soit sur la table d'opération ou cinq minutes après l'ouverture de la cavité pleurale, soit peu de temps après, sans que la chloroformisation ait pu être incriminée. Chez quelques chiens, cette ouverture est particulièrement grave, beaucoup plus grave que chez l'homme; nous croyons en avoir trouvé la raison :

Il est bon de rappeler que la base du péricarde est, chez le chien, libre, sans connexion avec le centre phrénique. A ce niveau, entre

[1] Leisrinck, *Arch. f. Klin. chir.*, 1881.
[2] Fischer et Kolaczeck, *Arch. f. Klin. chir.*, 1879.
[3] Weinlechner, *Wiener med. Woch.*, 1882.
[4] Maas, *Archiv. f. Klinische chirurgie*, 1886, vol. XXXIII.
[5] Tietze, *Deutsch. Zeitschrifft f. chirurgie*, 1891.
[6] Vautrin, *Congrès de Lyon*, 1895.
[7] Witzel, *Centralblatt f. chirurgie*, 1890, n° 28.
[8] Muller (W.), *Deutsch. Zeitschifft f. chirurgie*, t. XXXVII, 1 et 2.
[9] Kœnig, *Société de médecine de Berlin*, séance du 29 janvier 1896.
[10] Terrier, *Cours de la Faculté*, 1896.
[11] Biondi, *Giorno Ind. del sc. med.*, 1882, p. 759.

l'appendice xyphoïde d'une part, et la veine cave inférieure intra-thoracique, les plèvres gauche et droite s'accolent. Or, nous avons rencontré dans quelques cas, une disposition analogue à celle que l'un de nous a précisée chez les solipèdes, à savoir : un état crébriforme des plèvres accolées et, par suite, une communication plus ou moins facile entre les cavités pleurales.

Lorsque la mort ne survint pas, la dyspnée fut intense. Dès que la plèvre est ouverte, le nombre des respirations s'élève à 60 et à 65 par seconde. Nous avons remarqué que cette respiration reprend un peu de calme lorsqu'on obture la brèche pleurale, soit avec une compresse, soit avec un lambeau musculo-cutané, comme si l'arrivée brusque de l'air contre la surface du poumon était la cause d'un réflexe se traduisant par un paroxysme dyspnéique ; ces observations sont rapprochables des accidents qu'on a notés à la suite d'injections d'air, faites par erreur, dans la cavité pleurale au cours d'un empyème.

Nos propres observations, l'analyse des observations publiées, les expériences sur les chiens, nous conduisent à des conclusions identiques; lorsque les adhérences totales ou partielles manquent, la large ouverture de la cavité pleurale est un fait qui n'est nullement négligeable et dont la gravité peut devenir considérable.

Ces considérations nous conduisirent, comme elles avaient conduit d'autres chirurgiens, à rechercher s'il n'était pas possible de provoquer, dans une opération préliminaire, une *formation d'adhérences* pleuro-pleurales donnant toute sécurité à l'opérateur; c'est là le but essentiel de nos recherches expérimentales, et les remarques précédentes n'en sont que le prologue.

Nous ne voulons pas insister sur l'historique de cette question, il sera publié tout au long dans *la Revue de Chirurgie;* nous nous bornons à retenir les noms de Quincke, de Godlee, de Bardeleben, de Cérenville, d'Israël, de Laache, de Vautrin, de Delagénière, Roux, Walton, etc.

Jusqu'ici la symphyse pleurale a été recherchée à l'aide de trois procédés :

1° A l'aide d'irritants ou de caustiques;

2° A l'aide de l'acupuncture ou de trocarts laissés à demeure (Godlee, Bardeleben);

3° A l'aide de sutures faites tantôt avant l'ouverture de la plèvre (de Cérenville, Roux, Quénu, Laache), tantôt secondairement, après l'ouverture de la plèvre (Délagénière). Nous mettons à part les fermetures secondaires faites dans les cas de kystes hydatiques par Israël, Poirier, Segond, Maunoury et nous-mêmes; ce n'est pas, en effet, la plèvre pariétale et la plèvre viscérale qui ont été suturées ensemble, mais la plèvre pariétale et l'enveloppe conjonc-

tive périkystique, la membrane de condensation qui entoure la poche, c'est-à-dire un tissu d'une structure et d'une consistance absolument différentes de celles de la plèvre saine.

Arrivons maintenant à nos expériences ; ces expériences, commencées au mois de mai et encore inachevées, sont au nombre de 60 ; elles ont été pratiquées à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, de préférence sur des chiens de forte taille. Tous les animaux ont été anesthésiés par le chloroforme, après injection préalable dans la peau d'un centigramme de morphine.

Ces expériences ont été conduites avec la plus scrupuleuse aseptie, point capital sur lequel nous reviendrons. Voici la liste et les résultats des méthodes expérimentées :

I. — *Fixation du poumon par les irritants simples.*

Cette méthode comporte trois procédés :

α. *Les corps étrangers aseptiques ou antiseptiques laissés à demeure à la surface de la plèvre pariétale.* — Des mèches de gaze iodoformée sont appliquées contre la plèvre pariétale, après résection de quelques fragments de côtes, puis laissées à demeure. Trois chiens furent traités ainsi ; après trois semaines, il n'existait aucune adhérence.

β. *L'ignipuncture des plèvres.* — Des aiguilles rougies ont été enfoncées dans le poumon, dans le but de produire des escharres suivies d'adhérences. Quelque temps après, nous constatâmes des nodules cicatriciels à la surface du poumon, mais aucune adhérence.

γ. *L'acupuncture.* — Godlée y eut recours dans un cas de gangrène pulmonaire en 1884. Ce fut un insuccès. Trois de nos chiens conservèrent pendant six à huit jours des aiguilles longues et fines introduites jusque dans le poumon. Échec complet. L'acupuncture aseptique — nos aiguilles étant aseptisées préalablement et la peau suffisamment désinfectée — ne détermine pas la moindre trace d'adhérence.

II. — *Fixation du poumon par les irritants chimiques.*

A. *L'électrolyse.* — Ce procédé personnel nous avait beaucoup séduit par sa simplicité. Une couronne d'aiguilles métalliques stérilisées était plantée dans le poumon suivant le cercle où l'on se proposait de fermer la plèvre. Ces aiguilles étaient réunies en 2 faisceaux par 2 fils métalliques dont l'un était mis en communication avec le pôle positif, l'autre avec le pôle négatif d'une pile

de Gœffe. Durée des séances, dix, quinze minutes. Nombre des séances, une chaque jour et pendant quinze jours. Intensité du courant, 15 à 25 milliampères. Nous pensions obtenir des escharres sèches au pôle positif, molles au pôle négatif, escharres devant donner lieu à des adhérences. En sacrifiant nos animaux, au nombre de 4, nous constatâmes l'absence d'adhérences; à peine quelques nodosités à la surface du poumon.

B. *Les caustiques.* — C'est la méthode de Récamier, employée ici par Quincke qui se sert de chlorure de zinc appliqué pendant quatre ou cinq séances opératoires préliminaires et renouvelées tous les jours qui séparent ces opérations. Ce procédé pèche par la multiplicité des séances opératoires, par les douleurs qu'il détermine chez le patient, par l'infection qu'il provoque avant l'opération principale, la pneumotomie. D'ailleurs les résultats sont marqués par une notable proportion de mort immédiate. Il reste à se demander si le but visé : création des adhérences, est obtenu. Pour nous éclairer sur ce point, nous avons expérimenté le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, la potasse caustique soit sous forme de crayons, soit sous forme de solutions concentrées à des titres divers. Ces substances furent déposées à la surface de la plèvre pariétale. Nos résultats portent sur 15 chiens. Perforations multiples des plèvres. Escharres à la surface des plèvres. Pleurésie séreuse (5 cas). Pleurésie hémorragique (1 cas). Pleurésie purulente dans 2 cas où la plaie s'infecta secondairement, et dans ces 2 seuls cas, adhérences. Pour le reste, résultat nul. D'où nous concluons, que ce procédé doit être proscrit comme inefficace, et surtout comme très *dangereux*.

III. — *Fixation du poumon par les agglutinatifs.*

Nous avons employé sans succès la glue, la gélatine, la colle à froid, la cire à cacheter pour souder des feuillets pleuraux.

IV. — *Fixation du poumon par les moyens mécaniques.*

α. *Le harponnage* sous-cutané. Des harpons que nous avons fait construire étaient destinés à maintenir le poumon contre la paroi. Aucun résultat.

β. *L'embrochement* sous-cutané du poumon avec l'aiguille d'Emmet et du fil d'argent, ne produisit que quelques fausses membranes le long du fil, lorsqu'il s'infectait par son passage à travers la peau, malgré la désinfection préalable de cette dernière.

V. — *Fixation du poumon par des procédés qu'on pourrait appeler chirurgicaux.*

α. *La suture pleuro pleurale primitive*, c'est-à-dire faite avant l'ouverture de la cavité pleurale. — Nous laissons de côté les sutures pneumo-pneumiques destinées à l'occlusion des fistules de pyopneumothorax. Nous laissons aussi de côté les sutures faites pour kystes hydatiques du poumon et qui consistent dans la suture de la plèvre pariétale, non à la plèvre viscérale, mais à la membrane périkystique, véritables marsupialisations. — Cette suture a été faite par De Cérenville, puis par Roux principalement qui, en 1891 a décrit ici même un procédé de suture pleurale en surjet à arrière point. M. Péan dit avoir suturé les plèvres en 1861. Cette idée de la fermeture par sutures a été exprimée par Poulet, en 1886, par Vautrin en 1891, tentée sans succès, par nous-mêmes, dans notre cas d'abcès du poumon relaté précédemment. M. Péan ne donnant aucun renseignement sur son cas, restent seuls les deux faits de De Cérenville et de Roux. Or, précisément, lorsqu'on analyse ces observations, on relève que, dans les deux cas, les plèvres offraient des adhérences. Si l'on considère les cas que nous envisageons, c'est-à-dire les cas de foyers morbides *centraux* du poumon, avec intégrité des plèvres, on arrivera sans aucun doute, à conclure avec nous : que dans ces conditions, la suture pleuro-pleurale est absolument impossible. Quelle que soit la finesse du fil et de l'aiguille, on ne parvient qu'à produire des trous et des hiatus par où l'air s'engouffre dans la cavité pleurale. Nous n'en sommes plus à compter le nombre des cas où nous avons expérimenté cette suture dans les cas de plèvres saines, nous sommes certains qu'elle n'est possible qu'avec des feuillets pleuraux épaissis et sclérosés. C'est donc un procédé sur lequel il n'est pas permis de compter si l'on soupçonne l'absence d'adhérences spontanées.

β. *La suture pleuro-pleurale secondaire.* — Laache, Vautrin, Delagénière, Quénu, Tuffier ont ainsi ramené secondairement à la paroi pour l'y fixer le poumon déjà rétracté. Or cette suture, possible et assez bonne lorsque le poumon est sclérosé, est de valeur à peu près nulle lorsque les feuillets pleuraux sont intacts. Il faut accrocher le poumon rétracté contre le rachis, pour l'adosser à la brèche pleurale pariétale. Mais ces tractions ne ramènent pas en bloc toute la surface de l'organe. Ce que l'on attire c'est non pas une surface du poumon, mais un point qui s'effile en cône. Lorsqu'on a ainsi étiré une couronne de ces cônes et qu'on les a suturés à la plèvre pariétale, il persiste une foule de pertuis par où s'insinue l'air et où filtreront les liquides infectieux venus du poumon. C'est dire

que nous n'accordons aucune valeur à la suture secondaire. Expérimentalement elle ne nous a donné absolument rien de bon.

VI. — *Fixation du poumon par un procédé personnel.*

Malgré nos échecs nombreux, nous considérons que la fixation première du poumon peut être absolument indiquée à plusieurs titres : 1° parce qu'elle rend l'organe immédiatement accessible ; 2° parce qu'elle conserve les rapports topographiques du foyer morbide avec la paroi thoracique, ce qui permet plus facilement sa découverte, point d'une certaine importance puisque, dans un cas, Krecke ne parvint pas à trouver son foyer parce que le poumon étant tombé en collapsus, tous les rapports étaient bouleversés ; 3° parce que la fixation du poumon ferme la cavité pleurale et la préserve contre l'*infection*, d'origine pulmonaire, presque forcée lorsque le foyer central est incisé. Il faut fermer la cavité pleurale si l'on ne veut s'exposer à une infection pleurale secondaire.

Pour cela, nous avons songé à rendre possible la suture en agissant sur chaque feuillet pleural *muni de ses doublures*, doublures qui sont, pour le feuillet pariétal les muscles intercostaux, pour le feuillet viscéral une certaine partie de parenchysme pulmonaire. C'est après les côtes elles-mêmes que nous fixons l'organe ; l'opération peut donc s'appeler *costopneumopexie*. Elle nécessite une aiguille un peu spéciale et la fixation du poumon est obtenue *constamment* sans faire à la plèvre aucune blessure, c'est-à-dire sans créer de déchirures par où l'air s'infitre dans la cavité pleurale pendant cette fixation préliminaire. La technique exacte en sera donnée dans la *Revue de Chirurgie*. Nous n'insisterons que sur un point, c'est que les fils eux-mêmes, si multipliés qu'ils soient, ne provoquent jamais d'adhérence que s'ils sont infectés, comme cela nous est arrivé dans 1 cas sur 12, l'animal ayant léché sans cesse sa plaie qu'il a fini par inoculer. Nous vous présentons ici des pièces datant de 5, 10 et 14 jours, il vous est possible de vérifier de la façon la plus nette qu'aucune fausse membrane n'entoure les fils, qu'aucune adhérence ne réunit les 2 feuilles de la plèvre adossés par suture.

Conclusions. — Nos conclusions seront les suivantes :

Il n'existe qu'un seul moyen de provoquer des adhérences pleurales, c'est d'infecter la plèvre. Les adhérences sont le fait d'une *infection atténuée*. Nos faits expérimentaux le prouvent jusqu'à l'évidence, et nous avons l'intention d'étendre cette conclusion à toutes les symphyses séreuses en général.

Désespérant d'obtenir un résultat par cette voie des adhérences provoquées, nous avons réfléchi que la condition essentielle pour

réussir l'opération pulmonaire ou intrapleurale (étant donnée l'absence supposée d'adhérences préalables) était de maintenir une différence de pression entre l'air intraalvéolaire et l'air ambiant, le pneumothorax ayant précisément pour effet d'uniformiser la tension intra et extrathoracique.

Deux moyens se présentaient à l'esprit : diminuer la pression extrathoracique, la tension pulmonaire restant la même (il eût fallu que le chirurgien opérât dans un vide relatif), ou augmenter la pression intrathoracique ; c'est à ce dernier terme que nous nous sommes arrêtés, désirant obtenir une *augmentation de pression intrathoracique* qui applique constamment pendant l'acte opératoire la séreuse du poumon contre la fenêtre appliquée à la cage thoracique.

MM. Tuffier et Hallion ont expérimenté un procédé de tubage avec respiration artificielle.

Nous avons, de notre côté, songé à ligaturer préalablement la trachée sur un tube en communication avec un réservoir d'air comprimé.

Enfin, nous avons expérimenté un procédé qui consiste à faire respirer à l'animal un milieu d'air comprimé en emprisonnant la partie supérieure du corps dans un appareil analogue à celui des scaphandriers, mais laissant de côté le thorax à découvert. Nous avons exposé à la Société de biologie (séance du 5 décembre 1896) le dispositif primitif dont nous nous sommes servis. Malgré ses imperfections, il nous a suffi pour nous montrer quel immense avantage on peut avoir à maintenir la surface pulmonaire contre la paroi thoracique, quelle facilité remarquable l'on a d'explorer l'organe, enfin la tendance qu'offre le poumon à s'hémostasier lui-même dans sa partie herniée.

Nous posons le principe, mais nous ne savons encore quel sera le moyen le plus pratique de réaliser la différence de pression entre l'air extrathoracique et intrathoracique ; ce dont nous sommes convaincus, c'est que c'est dans cette voie qu'il faut chercher pour faire progresser la chirurgie pulmonaire ; à l'heure qu'il est, nous n'hésiterions pas à pratiquer une trachéotomie préalable et à obtenir une hypertension de l'air intrapulmonaire si nous avions à opérer, comme cela nous est arrivé il y a quelques années, une tumeur du thorax fusionnée avec la plèvre pariétale et entraînant la large résection de la paroi thoracique; nous pourrions, de la sorte, avoir l'espérance d'éviter ce qui nous arriva, la rétraction du poumon vers la colonne vertébrale et son collapsus complet.

Nos conclusions ne s'appliquent pas, au moins jusqu'à nouvel ordre, aux cas où des adhérences, même partielles, retiennent le poumon et l'empêchent de fuir.

Présentations de malades.

M. FERRATON présente un malade atteint d'actinomycose cervicale (M. DELORME, rapporteur).

M. FAURE présente un malade qu'il a opéré pour une perforation de la vésicule biliaire.

M. QUÉNU présente, au nom de M. Beurnier, un malade que ce chirurgien a opéré par laparotomie pour une plaie intestinale par balle de revolver.

Présentation de pièces.

M. DELORME présente une photographie de Röntgen.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

QUÉNU.

Séance du 16 décembre 1896.

Présidence de M. CH. MONOD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. LEJARS qui demande un congé.

M. PICQUÉ présente, de la part de M. le Dr BIDE, un travail intitulé : *Sur un cas d'exophthalmie pulsatile traité avec succès par la ligature de la carotide primitive* (M. PICQUÉ, rapporteur).

Suite de la discussion sur l'appendicite.

M. Pozzi. — Sur ce sujet, à l'heure actuelle, deux questions principales sont surtout agitées et semblent diviser médecins et chirurgiens : 1° Quelle est la part prise par l'inflammation du cœcum ou *typhlite* dans le syndrome clinique que l'on qualifie généralement d'*appendicite*, depuis ces dernières années? 2° Quelle est la valeur de la théorie dite de la *cavité close*, préconisée par M. Dieulafoy, dans la pathogénie des accidents? Je présenterai quelques considérations sur ces deux sujets avant de relater une observation qui me paraît d'un certain intérêt à ce double point de vue.

I. — Le rôle du cœcum, longtemps jugé prépondérant, a été ensuite complètement effacé par celui attribué à l'appendice. Il semble qu'il y ait eu quelque exagération, au début, dans cette substitution, et une réaction se dessine chez beaucoup de cliniciens pour rendre une certaine importance à la typhlite. Après les efforts de MM. Millard et Laveran, à l'Académie de médecine, sont venus ceux de M. Bazy et de plusieurs autres membres de la Société de chirurgie.

Les arguments qu'on a fait valoir dans une récente discussion se résument ainsi :

1° Il y a des cas nombreux où la résection de l'appendice n'est pas suivie d'une guérison complète et définitive ; c'est donc que le cœcum était malade également (Brun, Broca);

2° On a pu constater pendant l'opération l'existence simultanée d'une ulcération cœcale et d'une ulcération appendiculaire (Bazy);

3° Après l'ouverture simple d'abcès pérityphlitiques, sans qu'il ait été possible de découvrir ni l'appendice, ni des calculs, on a vu cesser complètement les accidents, comme si l'inflammation avait eu simplement pour point de départ le cœcum (Bazy);

4° Enfin, M. Tuffier a cité un fait de pérityphlite vraie, simulant une appendicite, dans un cas où l'incision ne lui a pas permis de découvrir l'appendice et où il suppose (sans qu'on puisse du reste l'affirmer) qu'il avait été éliminé antérieurement.

Tous ces faits prouvent jusqu'à l'évidence la fréquence d'une inflammation du cœcum, antérieure, concomitante ou consécutive à celle de l'appendice; il n'en est pas moins vrai que cette dernière présente une gravité relative telle qu'elle mérite d'imposer son nom à la maladie. Entéro-colite, typhlite et appendicite forment fort souvent un ensemble pathologique où les étapes sont parfois distinctes et successives, parfois contemporaines. Enlevez alors

l'appendice et vous pourrez voir continuer pendant quelque temps un certain degré de typhlite, d'autant mieux que le moignon appendiculaire pourra jouer longtemps encore le rôle d'épine. Ainsi s'expliquent les faits cités par MM. Brun et Broca. Mais pour quelques cas où l'inflammation aura été plus spécialement cantonnée au cœcum (Bazy), il y en a une quantité incomparablement plus grande où une typhlite légère coïncide avec une appendicite arrivée au dernier terme de son évolution et même où la typhlite n'existe pas du tout. Il est donc légitime de conserver à la maladie le nom nouveau qui lui a été imposé.

Le diverticule cœcal doit à ses conditions anatomiques particulières de déclivité, d'étroitesse et souvent de déviation et de torsion congénitales, d'être spécialement prédisposé aux inflammations intenses et gangréneuses : c'est, on peut le dire, un *locus minoris resistentiæ* par destination. Une inflammation légère et transitoire ailleurs prend, chez lui, une gravité particulière.

L'appendicite grave est donc assez fréquemment une conséquence de la typhlite légère, que cette dernière succède ou non à l'entéro-colite.

Mais, s'il y a un certain nombre d'appendicites *par propagation*, il y a aussi des appendicites *d'emblée :* tels sont en particulier les cas où l'origine du mal est due à l'introduction d'un corps étranger (pépin de fruit, arête, etc.).

Y a-t-il lieu d'établir une troisième catégorie étiologique et de croire dans certains cas à une sorte de *métastase* locale d'une infection générale (grippe, rougeole, varicelle) comme semble le dire M. Jalaguier? Il est certain qu'on peut voir l'appendicite apparaître après des maladies de ce genre. Mais, il me paraît difficile d'admettre que l'infection générale s'est alors portée sur un organe entièrement sain. Au contraire, ce que nous observons dans d'autres affections me pousse à penser que l'appendice était alors plus ou moins altéré par une inflammation antérieure ou par la présence d'un corps étranger. De même, une lésion osseuse ancienne en apparence guérie, une salpingite qui depuis longtemps ne faisait plus souffrir la malade, une balle qui sommeillait dans les tissus, peuvent subitement donner lieu à un abcès, si l'organisme est infecté par une maladie générale. Ce sont ces faits que Verneuil qualifiait de *microbisme latent.* J'ai pour ma part observé plusieurs fois, à la suite de la grippe, des collections purulentes graves, au niveau des annexes chez des femmes qui avaient eu, plusieurs années auparavant, une légère infection, depuis longtemps éteinte. Par analogie, on est en droit de conclure qu'il en est de même pour l'appendice : sa prétendue inflammation primitive à la suite d'une maladie générale n'est qu'une inflammation secondaire et

pour ainsi dire réchauffée. — Il va sans dire qu'il ne saurait être ici question que des infections aiguës et que la tuberculose, par exemple, échappe à ce mécanisme.

II. — J'arrive à la question spéciale qui a tenu une si grande place dans ce débat. M. Dieulafoy tend à considérer comme le facteur principal, sinon unique, de l'inflammation suraiguë de l'appendice, sa transformation accidentelle en *cavité close*. Ce serait pour lui la condition qui provoquerait l'exaltation de la virulence des microbes; il s'appuie pour soutenir cette théorie à la fois sur l'expérimentation (Klecki, Roger et Josué, Gervais de Rouville)[1] et sur la pathologie générale.

On ne saurait nier qu'on a exalté expérimentalement la virulence des microbes, jusque-là indifférents, de l'intestin et de l'appendice, en les séquestrant entre deux ligatures.

Il n'est pas moins certain qu'une otite est rendue suraiguë par l'oblitération inflammatoire de la trompe d'Eustache. On pourrait citer encore d'autres exemples cliniques, comme les accidents qui succèdent à l'oblitération d'une cavité dentaire malade et généralement de tous les clapiers en chirurgie.

Il n'est donc pas permis de traiter cette théorie de la *cavité close* avec la même désinvolture qu'une simple hypothèse, qui ne s'appuierait que sur une vue de l'esprit et constituerait un *postulat* commode pour rendre compte de faits jusqu'ici inexpliqués. Nous sommes en présence d'une donnée scientifique, digne du plus sérieux examen. En effet, c'est elle seule qui jusqu'ici a tenté d'éclaircir toute une série de phénomènes restés obscurs : la localisation si frappante des infections du cœcum dans l'appendice, leur évolution parfois foudroyante, parfois rémittente, le caractère paroxystique des douleurs, etc.

Mais, ici, je désire établir une distinction que je crois capitale.

Je ferai remarquer que le rôle pathogénique de cette théorie peut être envisagé de deux manières différentes. D'abord, on peut y trouver l'explication suffisante de l'origine même de l'inflammation. Le point de départ de cette affirmation est dans l'expérience de Roger et Josué, qui, pratiquant une ligature aseptique sur l'appendice d'un lapin, en ayant bien soin de ménager les vaisseaux, ont vu sa cavité se transformer en cavité purulente. Ils en concluent qu'il a suffi d'emprisonner les microbes qui évoluent norma-

[1] De Klecki, Recherches sur la pathogénie de la péritonite d'origine intestinale. Étude sur la virulence du coli-bacille (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. IX, p. 710-736). — Roger et Josué, Appendicite expérimentale (*Bull. et mém. de la Société médicale des hôpitaux*. n° 4, p. 79). — G. de Rouville, Appendicite expérimentale (*Presse médicale*, 27 mai 1896, n° 43, p. 251).

lement dans l'appendice d'une manière inoffensive, pour les transformer en agents pathogènes.

De même, M. Dieulafoy semble admettre l'inflammation d'emblée, par le fait de l'obturation et l'exaltation ou plutôt l'apparition dans la *cavité close* de la virulence des microbes jusque-là inoffensifs[1].

En second lieu, on peut envisager différemment la valeur pathogénique de la théorie de la *cavité close*. Le point de départ serait alors ailleurs, dans une infection quelconque, autochtone ou propagée. Mais du moment que la cavité close est constituée, soit par un corps étranger, soit par les lésions inflammatoires elles-mêmes, l'oblitération du conduit déjà infecté, l'obstacle apporté au drainage constitueraient une condition maîtresse d'exaltation pour la virulence. C'est ainsi que la transformation en *cavité close* de l'oreille moyenne délà enflammée, par la tuméfaction de la trompe d'Eustache et par son obstruction à l'aide d'un simple bouchon muqueux font naître des accidents graves que dissipent le cathétérisme et le rétablissement du calibre de la trompe. C'est ainsi encore qu'une cavité dentaire malade oblitérée provoque une périostite qui cesse quand on enlève l'obturation. Il s'agit donc là d'exaltation de microbes pathogènes par la transformation d'une cavité infectée libre en cavité close, tandis que dans le cas que j'ai envisagé précédemment, il s'agissait de la transformation de microbes inoffensifs en agents pathogènes dans une cavité saine accidentellement oblitérée.

Ces deux parties de la *théorie de la cavité close* peuvent être acceptées simultanément; on peut aussi rejeter l'une, la première par exemple, qui nous vient surtout du laboratoire, et ne conserver que la seconde, qui est appuyée sur des analogies cliniques. Pour ma part, si je reste dans le doute sur la première partie, je considère la seconde comme démontrée. M. Dieulafoy les admet toutes les deux.

Qu'on le suive ou non dans cette voie, il me paraît difficile de ne pas accorder une grande importance à ce qu'on pourrait appeler la possibilité d'un stade d'occlusion, au début d'une apppendicite. C'est peut-être pour ne pas avoir fait la distinction précédente, que beaucoup de chirurgiens ont combattu la théorie de M. Dieulafoy en bloc et d'une manière absolue.

Du reste, ils lui ont, il faut l'avouer, prêté parfois une signification par trop grossière. A les entendre, on pourrait croire que M. Dieulafoy a prétendu que dans tous les cas d'appendicite on devrait trouver une oblitération quasi fibreuse ou une obstruction complète par un gros calcul. Dès lors, tous les faits (et ils sont

[1] DIEULAFOY, *Manuel de pathologie interne*, 10e édit., t. III, p. 313.

nombreux) où cette condition n'existait pas ont été présentés comme ruinant la théorie et dispensant d'un plus long examen.

Certes, je n'entends pas défendre la *cavité close* avec le même exclusivisme que son auteur. Je tiens à déclarer, tout d'abord, qu'à mes yeux, toute théorie absolue est par cela même excessive. Je crois les phénomènes initiaux de l'appendicite beaucoup plus complexes. Il me paraît très vraisemblable, à l'encontre de M. Dieulafoy, que dans bien des cas l'infection microbienne peut produire d'emblée la suppuration et la gangrène d'un appendice dont la cavité est restée en communication avec celle du cœcum. Il suffit pour cela que l'infection ait une virulence telle qu'elle envahisse du premier coup toute l'épaisseur des tissus et infecte les lymphatiques. Dans d'autre cas, une virulence moins intense d'emblée peut être rapidement exaltée par des troubles vasculaires particuliers qui entravent et paralysent la résistance des tissus. C'est ce qui a lieu lorsqu'une inflammation antérieure, la compression excentrique par un gros calcul ou une distorsion congénitale rendent précaire la circulation dans l'appendice. Les coudures et les torsions agissent surtout en favorisant l'ischémie artérielle et la thrombrose veineuse comme dans les cas de torsion ou coudure d'un pédicule de kyste ovarique. Une fois la mortification produite, un milieu de culture extrêmement favorable est constitué pour l'accroissement de la virulence.

Il est donc, je crois, d'autres conditions que celle de la *cavité close* pour expliquer l'exaltation des microbes et des toxines et les phénomènes exceptionnellement grave de l'appendicite. Mais ces réserves faites, je considère qu'il serait injuste de ne pas reconnaître l'importance capitale du facteur mis en relief par M. Dieulafoy. Surtout, il me paraît facile de démontrer qu'un grand nombre des objections qui lui ont été faites ont une valeur plus apparente que réelle. C'est ce que je vais essayer d'indiquer très rapidement.

Plusieurs de nos collègues, et en particulier M. Brun[1], ont cité un nombre considérable de faits où l'examen de la pièce enlevée ne laissait apercevoir aucune oblitération. Il ne faudrait pas se hâter d'en conclure avec lui que la cavité de l'appendice communiquait librement avec l'intestin. L'oblitération peut être produite par un obstacle autrement fragile que par un corps étranger solide ou par une adhérence résistante. Ne suffit-il pas d'un simple flocon de ouate obturant un ballon qui renferme un bouillon de culture pour empêcher les germes d'y pénétrer ? Le mucus du col utérin n'est-il

[1] F. Brun, A propos de l'appendicite (*Presse médicale*, 6 août 1896, n° 64, p. 384); A propos de l'appendicite (*Ibid*, 14 novembre 1896, n° 93, p. 611).

pas, à l'état sain, une barrière infranchissable pour les germes qui pullulent dans le vagin?

Ces comparaisons (qui reposent sur une simple analogie et n'ont pas la prétention de confondre des phénomènes d'ordre différent) montrent du moins combien fragile et facile à méconnaître peut être un obstacle infranchissable pour des microbes.

Ainsi, la séparation entre la cavité appendiculaire et cœcale ne peut-elle résulter d'un gonflement ou d'un bouchon muqueux? Ne faut-il pas considérer aussi le rôle du repli valvulaire de Gerlach exagéré par l'œdème inflammatoire? Enfin, doit-on oublier que la partie la plus rétrécie de l'appendice échappe à l'examen post-opératoire, puisqu'elle est constituée par le moignon laissé adhérent au cœcum?

J'arrive à une autre objection sur laquelle on a démesurément insisté. On a trouvé un argument victorieux contre l'influence nocive de l'oblitération dans une lésion de l'appendice assez souvent constatée à l'autopsie; je veux parler de sa transformation partielle en petit kyste séreux à contenu stérile (Poncet, Lafforgue[1]). Dans ces cas-là, a cru pouvoir dire Broca, « le processus qui conduit à une cavité close est un processus curatif ». C'est tenir pour non avenues tout simplement les expériences de Klecki, Roger et Josué, de Rouville, etc. Est-ce que, réellement, les faits pathologiques de ce genre les contredisent? Je ne le crois pas. Certes, il est possible que le processus qui suit la formation d'une cavité close devienne tardivement un processus curatif et cela dans des cas rares et déterminés. Mais il peut aussi être, dans d'autres cas et d'emblée, un processus d'infection rapide. Seulement, pour expliquer cette antinomie apparente, il est indispensable de distinguer deux catégories de faits.

Il y a des inflammations très virulentes et d'autres qui le sont moins.

Envisageons d'abord le cas de virulence moyenne. Il se passe alors dans l'appendice oblitéré ce que l'on observe dans une trompe transformée en pyosalpinx, lorsque le pus y est également peu virulent. La poche résiste à l'infection et le liquide, sans doute après une exaltation momentanée, tend à y devenir stérile, si bien qu'il arrive un moment où il peut souiller sans danger le péritoine, comme le savent tous les opérateurs. Bien plus, on le voit souvent se clarifier et se transformer en kystes séreux ou hydrosalpinx également stériles, analogues aux petits kystes séreux résidus d'anciennes appendicites.

[1] Poncet, *Bulletin de l'Acad. de méd.*, mai 1896, 3e série, t. XXXV, p. 557. — Lafforgue, Des tumeurs primitives de l'appendice vermiculaire (*Thèse*, Lyon, 1893).

Tout autre est la marche de l'inflammation lorsque les microbes sont exceptionnellement virulents. Alors l'oblitération du conduit où ils sont renfermés, au lieu d'être une condition plus ou moins indifférente, prend une excessive gravité. Le liquide qui ne s'échappe pas librement exalte à ce point ses qualités infectieuses que les microbes pénètrent et traversent les parois. C'est alors que se produisent l'ulcération ou la gangrène de l'appendice, la péritonite secondaire, etc. — C'est dans des conditions analogues qu'autour d'un pyosalpinx se fait une périsalpingite suppurée, avec toutes ses conséquences. — Certes, l'oblitération n'a pas été un *processus favorable*, car si elle ne s'était pas effectuée, le liquide virulent aurait pu être évacué au lieu de séjourner dans la cavité close et d'infecter plus profondément ses parois. Une preuve que cette oblitération est effectivement considérée comme défavorable, c'est qu'un certain nombre de gynécologistes ont essayé, pour guérir le pyosalpinx, de la faire cesser par des procédés d'ailleurs illusoires, dilatation de l'utérus, cathétérisme de la trompe, etc.

Au point de vue clinique, j'ai observé des cas, rares, mais bien avérés, de salpingite blennorrhagique entièrement guérie après une rapide évolution aiguë. Il est impossible de ne pas admettre, dans de pareils cas, que la condition qui a favorisé cette évolution exceptionnellement bénigne est la persistance de la perméabilité de la trompe et de son drainage facile dans l'utérus.

D'autre part, il y a des cas tellement septiques que l'inflammation envahit d'emblée les lymphatiques et le péritoine, qu'il y ait ou non oblitération des trompes.

En résumé, il est inexact de dire que l'oblitération d'un canal infecté soit une *condition favorable*, un *processus curatif*. Elle fait toujours courir un certain risque, car l'exaltation de la virulence qui en résulte doit être (d'après l'observation et l'analogie) un phénomène constant. Mais ce danger est conjuré dans certains cas par la lutte victorieuse des éléments organiques contre les microbes. Dans d'autres cas, soit que la virulence soit excessive, soit que la résistance des tissus soit moindre, la condition mauvaise créée par la formation d'une cavité close prend, à n'en pas douter, une importance capitale.

On le voit, la plupart des objections formulées contre la *théorie de la cavité close* perdent beaucoup de leur valeur si on les examine de près. Toutefois le procès est encore pendant. Les pièces qui entraîneront la conviction, pour ou contre, doivent être également présentées. L'observation suivante me paraît de nature à faire admettre comme très vraisemblable l'existence d'une oblitération temporaire de l'appendice dans un cas d'inflammation aiguë

de cet organe. Je la publie comme un document intéressant à consulter.

Observation. — *Appendicite et cholédocite compliquées de péritonite séreuse localisée, succédant à une entéro-colite. Laparotomie, résection de l'appendice, drainage du péritoine. Guérison.* (Observation recueillie par M. Collinet, interne des hôpitaux.)

Marguerite de B..., âgée de 9 ans, a eu, il y a deux ans, une entéro-colite glaireuse et l'été dernier une fièvre typhoïde de moyenne intensité dont elle s'est assez bien remise.

18 octobre 1896. — Elle est prise d'un embarras gastrique léger ; ce jour-là la mère de la petite malade lui administre un purgatif doux.

22 octobre. — Il y a encore de l'inappétence, la langue est saburrale, sans aucune élévation de température. Dans la journée il se produit douze vomissements.

23 octobre. — M. Chevalet, médecin de la famille, voit pour la première fois l'enfant. Les vomissements ont disparu avec une potion chloroformée. La malade se plaint d'une douleur épigastrique violente, exagérée par la palpation. Il y a de la tympanite du côlon et une douleur provoquée très nette sur la région du cæcum. La température rectale est de 37°,2, On porte le diagnostic d'*entéro-colite.*

24 octobre. — Il s'est produit un peu de diarrhée.

Les selles contiennent des matières glaireuses et ont une odeur infecte. On y remarque par places de petits tractus sanguinolents. Température, 37°,4.

25 octobre. — M. Jules Simon voit l'enfant dans la matinée et confirme le diagnostic d'entéro-colite glaireuse à forme septique, avec accompagnement de typhlite et probablement d'appendicite. On sent, en effet, très nettement dans la fosse iliaque droite un empâtement résistant qui correspond exactement au cæcum. La température est de 37°,5. Il n'y a plus de vomissement; la langue est saburrale ; l'haleine a une odeur infecte. Vers onze heures ou minuit, il se produit des crises douloureuses avec cris, mouvements désordonnés des membres.

26 octobre. — L'enfant est toujours dans le même état. La température se maintient à 37°,5. Le calomel, administré à doses fractionnées, a produit quelques selles glaireuses. Il y a toujours du tympanisme, la douleur s'accentue le long du côlon ascendant. Les crises nocturnes ont persisté, la douleur se localise surtout au voisinage de l'ombilic.

Pendant les jours suivants, le même état persiste : mêmes crises nocturnes, mêmes douleurs, mêmes selles glaireuses, même tympanisme.

30 octobre. — La malade rend par l'anus un paquet de glaires.

31 octobre. — La tuméfaction et la douleur locale ont diminué. La palpation, très douloureuse auparavant au niveau du cæcum, est mieux supportée. Pendant toute cette période il n'y a pas eu d'élévation de température. La crise douloureuse nocturne continue.

1er novembre. — M. Pozzi voit la malade avec MM. Simon et Che-

valet, et, en face des antécédents très nets et localisés à la région cæcale, décide une intervention.

Opération le 2 novembre. — Une incision de 10 centimètres environ est pratiquée au niveau de la fosse iliaque droite, parallèlement au pli de l'aine. Le milieu de l'incision correspond à l'épine iliaque antéro-supérieure et est situé à 2 centimètres en dedans d'elle.

Au moment où on incise le péritoine, il s'écoule deux à trois grandes cuillerées de liquide ascitique citrin. La séreuse n'est ni rouge, ni épaissie ; pas de granulations miliaires, ni de fausses membranes.

On tombe immédiatement sur le cæcum qui est extrêmement distendu par des gaz et on trouve facilement l'appendice, rosé, libre de toute adhérence. Au palper il semble un peu dur, surtout au niveau de sa partie supérieure. Il s'insère tout près de l'abouchement de l'intestin grêle dans le cæcum qui est, par suite, très court. La longueur de l'appendice est d'environ 10 centimètres. On le résèque après une ligature solide au catgut. Après cautérisation au thermocautère de la surface de section, on place quelques points de suture de Lembert à la soie fine, de manière à recouvrir le moignon et à le refouler sous un pli de l'intestin. L'exploration attentive de la cavité abdominale avec le doigt introduit jusque sous le foie et dans la région de la vésicule ne fait découvrir aucun point suspect.

Une mèche de gaze faiblement iodoformée est placée au niveau du cæcum et vient sortir dans l'angle inférieur de la plaie.

Examen de la pièce. — L'appendice, examiné immédiatement après l'opération, offre une cavité libre et ne renferme aucun corps étranger. Au niveau de la partie moyenne on voit à sa surface une suffusion sanguine, étendue de quelques millimètres. Une petite vésicule d'œdème séreux s'observe dans le voisinage de la suffusion sanguine; sa grosseur est égale environ à la moitié d'un pois.

L'examen histologique a été pratiqué par mon interne, M. Beaussenat, qui a fait une série de coupes sur toute l'étendue de l'appendice. Les lésions sont fort peu accentuées et ne se voient que dans le tiers supérieur. L'altération ne porte que sur la sous-muqueuse dont la zone réticulée est infiltrée de leucocytes. Cependant les follicules clos sont encore nettement distincts. La zone périphérique, fasciculée, est œdémateuse, avec intégrité absolue des parois et de la lumière des vaisseaux. La couche musculaire est nettement différenciée; cependant l'œdème l'a un peu envahie et les faisceaux sont un peu dissociés et écartés par lui.

En somme, il s'agit là d'une inflammation nette, mais commençante, ou tout au moins peu profonde, limitée au tiers supérieur de l'appendice.

Suites opératoires. — La température rectale, qui était le matin de 37°,1, monte le soir à 39°,2 et le pouls bat 92. L'agitation revient par moments et se traduit par des mouvements désordonnés des bras et des cris. Ces périodes d'agitation alternent avec des périodes de som-

nolence de très courte durée. Mais il est à remarquer que l'agitation continue de la malade a un caractère très différent de la crise douloureuse (colique appendiculaire) qui survenait régulièrement à 11 heures ou minuit ; celle-ci n'est plus revenue.

3 novembre. — L'agitation a persisté toute la nuit : la température, le matin, atteint 40°,2, le pouls est à 84.

Les pièces de pansement sont imprégnées d'une grande quantité de sérosité rosée; on les change, et on remplace la mèche par un drain.

Les urines sont assez rares, mais limpides et d'aspect normal.

Le soir la température est à 39°,8, le pouls à 112.

4 novembre. — Dans la nuit, agitation.

La température du matin est à 39°,5, le pouls à 92.

Le pansement est renouvelé. Les pièces en sont imbibées d'une sérosité incolore, plus épaisse que la veille; elles sont pour ainsi dire empesées.

La malade boit un peu plus qu'hier ; les urines sont plus abondantes, mais beaucoup plus colorées; elles ont l'aspect nettement ictérique.

Le soir la température est à 39°,6, le pouls à 84.

Dans la soirée et la première partie de la nuit, il se produit 5 selles verdâtres, glaireuses et extrêmement fétides.

5 novembre. — On donne de très bonne heure 0gr,10 de calomel. Température 38°,4, pouls 80. Teinte subictérique des conjonctives.

Le pansement est changé comme tous les jours. Il ne s'est pas écoulé de sérosité. Quelques gouttes de pus tachent la gaze au niveau du drain.

Le soir la température est à 38°,7, le pouls à 70.

Les urines ne sont pas très abondantes, mais sont très colorées. L'acide nitrique y détermine des anneaux colorés très nets de matière colorante biliaire, et un abondant précipité d'urates. La chaleur ne décèle pas une trace d'albumine.

Dans la nuit, il se produit cinq petites selles toujours très fétides et colorées.

6 novembre. — Une nouvelle dose de 0gr,10 de calomel est administrée le matin. Température 38°,5, pouls 68.

Dans la matinée, il se produit une selle moins fétide que celle de la nuit, mais beaucoup moins colorée.

Les pièces de pansement qu'on enlève ne sont pas tachées, sauf au voisinage du drain où une très petite quantité de pus a suinté. On change le tube à drainage, et au moment où on introduit le nouveau tube dans une direction plus déclive il s'écoule par son orifice environ une cuillerée de sérosité jaune orangée, légèrement filante sans la moindre odeur fécale. Cet écoulement continue pendant toute la journée, il imbibe complètement le pansement et tache même un peu les draps.

La teinte subictérique des conjonctives est plus prononcée.

La soir la température est à 39°,3, le pouls à 68.

Vers 9 heures du soir, il se produit une selle abondante, fétide, moins colorée que les précédentes.

7 novembre. — L'état général est bon; la langue humide et blanche.

La température est à 38°,4 le matin, descend vers 2 heures de l'après-midi à 37°,8 et remonte le soir à 38°,3. Le pouls qui est à 64 le matin, bat à 60 le soir.

La malade a deux selles avec matières moulées entièrement décolorées. L'urine est toujours très foncée, jaune verdâtre et peu abondante.

Le soir le pansement est fait, les compresses sont traversées par le suintement jaunâtre péritonéal que laisse écouler le drain.

8 novembre. — La nuit a été bonne; il n'y a plus d'agitation, le sommeil est revenu.

Le matin la température est à 37°,6, le pouls à 60.

La teinte ictérique des conjonctives est très prononcée. Les téguments sont envahis par la coloration jaune de l'ictère.

Le pansement est renouvelé le soir, il y a eu léger suintement séreux.

Température vespérale 37°,7, pouls 60.

Les urines sont un peu plus abondantes et semblent moins foncées. Comme il n'y a pas eu de selles depuis la veille, on administre un lavement de lait qui provoque une garde-robe assez abondante, décolorée et fétide.

9 novembre. — La malade a dormi presque toute la nuit.

Température du matin 37°,8, du soir 37°,6. Le pouls se maintient à 64 toute la journé. Pansement.

Le soir une selle moulée et toujours décolorée.

10 novembre. — Les urines sont moins ictériques. Un lavement provoque une selle abondante qui commence à se colorer en jaune. L'obstacle au passage de la bile dans l'intestin semble être levé.

La température est à 37°,4 le matin, à 37°8, le soir. Le pouls monte de 60 à 72 degrés.

Le soir on change le pansement qui présente une simple petite tache au niveau du drain. On raccourcit le tube.

L'appétit se développe et doit être modéré.

11 novembre. — État général excellent. Température 37°,3. Pouls 68.

12 novembre. — Le mieux continue, la température est normale. Le drain ne mesure plus que 3 centimètres.

15 novembre. — Urines et selles normales.

18 novembre. — Le drain est supprimé. Etat aussi satisfaisant que possible.

4 décembre. — Cicatrisation complète. Etat excellent. La convalescence a fait de rapides progrès, la petite malade a considérablement engraissé. Elle ne ressent plus aucune douleur, ni spontanée ni à la pression.

La guérison n'a fait depuis lors que s'accentuer.

Pour dégager la signification de cette observation, au point de

vue de la physiologie pathologique, on peut, me semble-t-il, diviser le cours de la maladie en plusieurs étapes :

Première étape d'entéro-colite et de typhlite (18 au 25 octobre). — Tous les symptômes se bornent d'abord à l'inflammation gastro-intestinale, avec vomissements et diarrhée glaireuse, puis se localisent plus spécialement vers la région cæcale.

Deuxième étape de typhlo-appendicite (25 au 30 octobre). — Les phénomènes locaux du côté du cæcum s'accentuent, et il s'y joint des crises de colique appendiculaire.

Troisième étape d'appendicite et de pérityphlite (30 octobre au 2 novembre). — Après une débâcle glaireuse, l'empâtement cæcal a disparu, mais les coliques appendiculaires ont continué ainsi que les symptômes généraux.

Quatrième étape de cholédocite subintrante (2 au 10 novembre). — Elle débute le jour même où l'opération a fait cesser les crises de colique appendiculaire. Elle est marquée par une élévation brusque de température et, un peu plus tard, par l'apparition d'un ictère catarrhal qui évolue rapidement vers la guérison.

Il y a donc eu d'abord infection de tout le tube digestif, puis localisation plus marquée en deux points particuliers : l'orifice de l'appendice et celui du canal cholédoque. En même temps, l'inflammation du cæcum était assez violente pour dépasser les parois de l'intestin et infecter le péritoine voisin.

L'infection du cholédoque au niveau de son ouverture dans le duodénum s'est traduite par la rétention de la bile et l'ictère. Un obstacle mécanique (gonflement des parois, bouchon muqueux) a donc existé en ce point, momentanément, oblitérant la lumière du canal pendant quelques heures ou quelques jours.

Ce qui s'est produit très vraisemblablement à l'abouchement intestinal du conduit biliaire n'a-t-il pas existé aussi à l'orifice cæcal de l'appendice? En effet, si la cholédocite est d'abord un phénomène d'infection et non d'obstruction, l'ictère suppose la rétention de la bile, et cette rétention suppose un obstacle, créé sans doute par l'infection elle-même, mais formant aussitôt après un élément pathologique distinct. — Il est même probable que cet effet de l'infection primitive réagit ensuite lui-même sur elle, pour l'exalter.

Donc, l'occlusion temporaire a produit d'un côté l'ictère, de l'autre les coliques caractéristiques qui ont disparu après l'ablation de l'appendice. Ce parallèle me semble s'imposer à l'esprit, et, de toutes les hypothèses, est en tous cas la plus vraisemblable.

Je ne m'arrêterai pas sur tous les autres points intéressants de

cette observation. Je ne puis cependant passer sous silence le bénéfice retiré par la malade d'une prompte intervention. Pour la décider, je me suis guidé uniquement sur la persistance d'une douleur locale nette, sur la constatation antérieure d'un empâtement de la région, bien qu'il n'eût duré que peu de jours, enfin, sur la persistance de symptômes généraux, en rapport évident avec cet état local. C'en était assez pour faire, au niveau de l'appendice, une incision et pour aller à la recherche de lésions sinon certaines, du moins très probables. Bien m'en a pris : j'ai pu ainsi drainer un épanchement encore séreux, mais qui tendait visiblement vers la purulence, comme l'a démontré la viscosité qu'il a prise dès le second jour.

Le drainage a bien été ici l'opération fondamentale et la résection de l'appendice pouvait paraître discutable. Fallait-il pourtant le laisser en place, parce qu'il paraissait à peu près sain? Assurément non; car, d'après la clinique, on devait supposer qu'il était le siège de certaines lésions internes. L'examen microscopique a montré que nous avions bien fait. — Je crois qu'on pourrait établir comme règle que, dans le doute, en pareils cas, il vaut toujours mieux enlever cet organe que de le conserver.

Je désire maintenant revenir rapidement sur une particularité anatomique relative à l'appendice et insister sur sa valeur au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie des accidents.

J'ai trouvé chez plusieurs malades l'appendice coudé latéralement au niveau de son insertion sur le cæcum ou accolé à la face postérieure de ce dernier. C'est là une disposition très fréquemment observée par les chirurgiens[1]. On a souvent aussi noté la torsion plus ou moins complète de l'appendice provoquée par des adhérences ou des brides.

Dans beaucoup d'observations, il semble même que cette coudure ou torsion de l'appendice constitue à elle seule toute la lésion.

Cette pathogénie ne vient nullement à l'encontre de celle qu'a soutenue M. Dieulafoy[2].

Comme lui, en effet, je crois à l'influence considérable, sinon constante, de l'occlusion momentanée de l'appendice qui le transforme en cavité close. De là l'importance des rétrécissements et des calculs. C'est précisément dans le même sens qu'agit la torsion. Elle oblitère au point de coudure le canal appendiculaire à la

[1] F. Treves, A series of cases of relapsing Typhlitis treated by operation (*British medical Journal*, 1893, vol. I, p. 855).

[2] G. Dieulafoy, Étude sur l'appendicite (*Presse médicale*. 11 mars 1896, n° 21, p. 121(; A propos d'appendicite (*Ibid.*, 11 novembre 1896, n° 92, p. 601).

manière d'une ligature latérale. Mais ici intervient un facteur nouveau d'une importance considérable, car à l'occlusion de la cavité il faut joindre la compression des vaisseaux avec l'ischémie et la thrombose qui en résultent. Ces deux facteurs, oblitération par torsion de l'appendice et compression des vaisseaux, agissant en même temps, se prêtent un mutuel appui, d'abord pour rappeler rapidement l'inflammation, ensuite pour amener la gangrène.

Quelles sont les causes des directions anormales de l'appendice? Je crois quelles sont de deux ordres. Les unes, congénitales, établissent une attitude vicieuse avec une sorte de prédisposition à une torsion plus prononcée : celle-ci arrive à se compléter et à produire des accidents, sous l'influence d'autres causes, d'origine pathologique.

Tous les anatomistes connaissent les variétés considérables que présente l'appendice au point de vue de la dimension, de la forme et de la direction. Il s'agit, en effet, d'un vestige embryonnaire, et on sait que ces *organes résiduaux* sont sujets à des variations et anomalies fréquentes. (J'ai insisté sur ce point dans mes études antérieures sur l'hymen.)

Or, il y a des attitudes et des conformations congénitales de l'appendice vermiforme très variables. Elles peuvent dépendre de la brièveté plus ou moins grande de son méso. La *valvule de Gerlach*, petit repli semi-lunaire de la muqueuse qui ferme à moitié l'orifice de communication du cæcum et de l'appendice, est également très variable.

Il existe, de ce fait, dès la naissance, chez quelques sujets, un certain degré de coudure ou de sténose du canal appendiculaire. Qu'il survienne des troubles dans les fonctions du cæcum amenant une dilatation ou un déplacement de cet intestin, qu'il survienne en même temps un peu d'épaississement des parois appendiculaires, avec sécrétion muqueuse, et cette coudure ou cette sténose seront facilement transformées en torsion ou occlusion complète. En d'autres termes, certains individus sont congénitalement prédisposés à l'appendicite de par une conformation anatomique spéciale. Celle-ci, on le comprend, peut se transmettre par hérédité. On arrive ainsi à se rendre compte de la fréquence de la maladie dans une même famille *(appendicites familiales)*. Peut-être même ces conditions anatomiques ne sont-elles pas étrangères à la rétention dans l'appendice de parcelles fécales pouvant ou non s'encroûter de sels calcaires, comme cela arrive pour tous les corps étrangers séjournant dans des cavités. Ainsi s'expliquerait la fréquence, dans une même famille, de la *lithiase appendiculaire*, pour me servir d'une expression de M. Dieulafoy, tout aussi bien que par une prédisposition diathésique.

Lorsque l'attitude vicieuse de l'appendice a été une fois exagérée et fixée par des adhérences, elle devient un des principaux facteurs des *appendicites à rechutes*. Toute variation de volume ou de position du cæcum retentit alors rapidement sur elle. De là, sans doute, l'influence bien connue de la constipation, des écarts de régime, de fatigue, dans la réapparition des accidents. Il va sans dire que lorsqu'il existe, en outre, des calculs dans l'intérieur de l'appendice, celui-ci est encore plus vulnérable et se trouve toujours en état d'*imminence morbide*. Le calcul agit à la fois en diminuant le calibre et en comprimant les parois, de dedans en dehors.

En résumé, le mécanisme des attaques primitives ou des rechutes de l'appendicite me paraît être très complexe.

Il faut distinguer dans l'*étiologie*, suivant la vieille classification, des causes *prédisposantes* et des causes *efficientes*. Parmi les premières, on rangera les calculs, les coudures d'origine congénitale ou pathologique, les rétrécissements ; parmi les secondes, l'infection de l'appendice, soit primitive, soit précédée d'une infection du cæcum et du reste de l'intestin, rapidement cantonnée dans ce diverticule si bien disposé pour jouer le rôle de clapier. Enfin, l'appendice qui a une fois été atteint est prédisposé à s'enflammer de nouveau sous l'influence d'une cause locale ou même d'une maladie générale.

Si maintenant on veut pénétrer plus avant dans la physiologie pathologique des accidents, on devra, je crois, attribuer une grande place à divers éléments, parmi lesquels je voudrais surtout mettre en relief les suivants :

1° La constitution précoce d'une *cavité close* (Dieulafoy), pour exalter la virulence des microbes et de leurs toxines. Cette occlusion n'a pas besoin pour être effective d'avoir pour agent un obstacle mécanique considérable et durable. Un étranglement momentané, inflammatoire, suffit, dans l'appendice comme dans la trompe d'Eustache, etc.

Je n'oserais pas affirmer, avec M. Dieulafoy, quelle que soit la valeur des expériences de laboratoire, que cette occlusion de l'appendice sain suffise à y déterminer la virulence des microbes, et que la constitution de la *cavité close* soit, par elle-même, *infectante*. Mais je ne puis douter que la formation d'une *cavité close déjà infectée*, au cours d'une appendicite légère, ne donne un coup de fouet à l'inflammation et ne soit le point de départ fréquent de l'extrême gravité des accidents. L'effet de l'inflammation devient alors à son tour une cause, selon un de ces cercles vicieux si fréquents en pathologie.

2° Un second élément pathogénique sur lequel j'insiste plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici est la compression des artères et des

veines, qui se produit plus facilement dans l'appendice qu'au niveau de toute autre portion de l'intestin, vu l'indépendance de son *méso* et la facilité d'une coudure ou torsion des vaisseaux nourriciers que rien ne peut suppléer. La mortification d'une portion de tissu fournit aussitôt un milieu de culture propice à l'exaltation formidable de la virulence microbienne.

3° Enfin, il ne faut pas oublier qu'il y a des infections suraiguës qui, d'emblée, amènent l'envahissement de toute l'épaisseur des parois appendiculaires et des lymphatiques, sans qu'il soit besoin pour cela que les microbes et leurs toxines soient exaltés, soit par leur emprisonnement en cavité close, soit par leur culture intensive sur des tissus ischémiés et nécrosés.

M. Paul Reynier. — Ne voulant pas prolonger cette discussion, je serai bref, me contentant de donner sur cette question mon opinion, qui est conforme à celle de mon ami Brun.

Comme lui je ne saurais accepter la théorie du vase clos, qui a été défendue par MM. Talamon et Dieulafoy et à laquelle s'est rallié M. Routier.

Cette théorie en effet ne peut s'appliquer à tous les cas. M. Brun a montré des appendices, dont la cavité était perméable dans toute son étendue et qui, cependant avait donné lieu à des accidents. Je puis en citer des exemples personnels. Dernièrement encore j'enlevais à froid un appendice, qui avait donné lieu à des accidents péritonéaux particulièrement graves, pour lesquels j'étais intervenu une première fois.

Il s'agissait d'un homme, qui entrait dans mon service après dix-huit jours de maladie. Il avait été pris brusquement de douleurs dans le ventre, vomissements, ballonnement du ventre généralisé. Au bout de quatre jours les vomissements s'étaient calmés. Il avait continué à souffrir dans le ventre. Quand on nous l'amena il était pâle, le facies tiré, le pouls rapide, la température élevée 39°. Le ventre était ballonné; cependant dans la fosse iliaque du côté gauche, on sentait une tuméfaction fluctuante, qui nous fit faire le diagnostic de collection suppurée. Le début des accidents, la marche nous la faisaient rattacher à une appendicite.

Les symptômes pressant, nous opérions le jour même avec l'aide du Dr Isch Wall.

Guidés par la tuméfaction, nous faisions une incision dans la fosse iliaque gauche, dans la région de l'S iliaque. A peine les parois abdominales incisées, nous tombions dans une vaste collection purulente sous-péritonéale, située en avant de la masse intestinale. Près d'un demi-litre de pus s'écoula ; mettant alors le doigt dans la cavité de l'abcès, nous pouvions nous rendre compte qu'il s'étendait jusqu'à la ligne médiane, où nous étions arrêtés par une paroi formée par les

adhérences. Persuadés que l'appendice était en cause, après désinfection des mains au permanganate, nous faisions une incision dans la fosse iliaque droite. Dans cette région nous tombions sur les intestins rouges, congestionnés, mais sans adhérences les unissants, et sans trouver de pus, ni de sérosité. Cherchant alors l'appendice, je sentais celui-ci se portant de la fosse iliaque vers la ligne médiane, en avant de la masse intestinale, et venant adhérer au péritoine pariétal, dans les adhérences, qui fermaient de ce côté l'abcès ouvert à gauche, et s'isolaient du reste de la cavité péritonéale. Craignant en enlevant l'appendice, de rompre cette digue qui protégeait une partie de la cavité abdominale, je refermai mon incision à droite, en me contentant de mettre une mèche de gaze iodoformée, que j'enlevai au bout de deux jours.

La température tomba immédiatement. Le malade guérit de cette intervention.

Mais il continuait à souffrir de son appendice tiraillé, qui restait adhérent au péritoine pariétal sur la ligne médiane, près de l'ombilic. Deux mois après ma première intervention, de nouveau j'incisais la région cœcale, et j'allais à la recherche de l'appendice, que je retrouvai dans la même position, où je l'avais laissé la première fois.

Je l'enlevai. Cet appendice, très long, présentait des altérations de sa muqueuse, mais sa lumière était perméable dans toute son étendue, et il n'y avait pas lieu de penser à la théorie du vase clos pour expliquer dans ce cas, les accidents.

D'ailleurs on ne comprendrait une théorie expliquant la pathogénie des accidents de l'appendicite, que si nous pouvions penser qu'il n'y a qu'une appendicite, que si cette affection était toujours la même et toujours identique.

Or n'y a-t-il pas des appendicites tuberculeuses? M. Terrier et moi, ne vous en avons nous pas cité un certain nombre d'exemples. Dans ces appendicites tuberculeuses, ne trouvons-nous pas souvent, comme le faisait remarquer M. Bazy, des lésions concomitantes du cœcum. Dans ces cas peut-on encore invoquer la théorie du vase clos.

Et dans les appendicites actinymicosiques, que les auteurs Allemands ont citées, peut-on encore penser à cette théorie. Ne semble-t-il pas que certaines appendicites peuvent être rattachées à une véritable infection gripale, comme les chirurgiens Américains l'ont dit, comme M. Jalaguier semblerait disposé à le croire, comme dernièrement un médecin distingué, M. Caron de la Carrière le soutenait.

L'appendice et le cœcum sont assez riches en organes lymphoïdes pour que cette idée d'une infection générale, se localisant à un

certain moment sur l'intestin, puisse être émise. Un certain nombre de faits viennent à l'appui, principalement ceux où on voit chez des enfants des crises douloureuses apparaître dans la région cœcale, avec vomissements qui ne durent que pendant vingt-quatre heures, et qui se répètent à la suite de refroidissement, amenant des troubles intestinaux.

Evidemment quand on analyse tous ces faits, quand d'autre part on voit quelle variété de micro-organismes la bactériologie de l'appendicite, nous révèle, on doit penser qu'une théorie unique ne peut s'appliquer à tous ces cas.

Un autre argument encore peut s'élever contre la théorie du vase clos.

D'après M. Dieulafoy la virulence des micro-organismes se trouverait exaltée par le fait qu'ils sont retenus dans une cavité fermée. Sur un autre point de l'économie, ne voyons-nous pas cependant les faits se passer autrement.

Dans l'infection gonococcique des trompes, ne savons-nous pas que le pus au début très virulent, lorsqu'il s'enkyste en quelque sorte dans la trompe fermée à ses deux bouts, peu à peu perd sa virulence.

La même femme pour laquelle au début l'intervention aurait été dangereuse, peut plus tard être opérée sans danger, et alors on ne retrouve plus dans la trompe que du pus stérile. En vase clos dans ce cas, les micro-organismes ont disparu. Un certain nombre de préparations, que je dois à un de mes anciens internes, M. Marie, préparateur du laboratoire Pasteur, me permettent de parler ainsi.

Aussi devant tous ces faits il me semble plus logique d'admettre seulement, que des altérations de la muqueuse de l'appendice, des folliculites de cet organe, peuvent devenir le point de départ de lymphangites, qui se propagent au péritoine, grand sac lymphatique, avec une violence, et une tendance à la diffusion plus ou moins prononcée, suivant les micro-organismes, qui sont les agents vecteurs de l'infection, et suivant les terrains où ils évoluent.

Cette pathogénie tient compte de tous les faits, même de ceux où un corps étranger se trouve dans l'appendice. Ce corps étranger ne peut en effet, y séjourner sans déterminer des lésions de la muqueuse qui peuvent, lorsque la perforation n'existe pas, être le point de départ des accidents.

M. Poirier. — Je me demande si nous ne perdons pas trop de vue, dans cette discussion sur la pathogénie des appendicites, ce fait intéressant que l'appendice, organe avorté, cœcum en régression, ne se développe pas après la naissance parallèlement aux parties voisines du tube digestif. A mon avis ce *défaut de parallé-*

lisme dans le développement, sur l'enfant et le sujet jeune, de l'appendice d'une part, de l'iléon et du cœcum d'autre part, crée mécaniquement les conditions favorables pour l'apparition d'une inflammation. J'entends que la circulation n'est point la même dans un organe en voie de régression et dans un organe qui se développe normalement. J'entends aussi que, par le fait de ce manque de parallélisme les replis péritonéaux intestino-appendiculaires, suffisants au début pour permettre la nutrition et les mouvements de l'appendice cessent d'être suffisants quand l'iléon et le cœcum continuent de se développer. Je pense même que la traction par ces mésos peut tordre et étrangler l'appendice, créant ainsi des stases ou troubles de circulation à la faveur desquels les micro-organismes qui existent normalement dans l'intestin entrent en action. Telle est, messieurs, la théorie, à la fois tératologique et mécanique, par laquelle on peut expliquer, je crois, certains cas d'appendicite. A l'appui, j'apporterai encore cette considération que c'est pendant la période de développement du tube intestinal, que se présente la très grande majorité des cas d'appendicite.

Communication.

Constriction absolue des mâchoires par double ankylose temporo-maxillaire,

Par M. CHAVASSE, médecin principal de l'armée.

M. Chavasse, professeur agrégé libre au Val-de-Grâce et membre correspondant de la Société de chirurgie, lui adresse l'observation suivante :

Constriction absolue des mâchoires par double ankylose temporo-maxillaire, osseuse à droite, fibreuse à gauche. Résection de l'articulation et de l'apophyse coronoïde, à droite; rupture forcée de l'ankylose gauche. Excellent résultat fonctionnel.

Le nommé Fer... (Jos.), âgé de 30 ans, espagnol, exerçant la profession de domestique, entre à l'hôpital militaire de Blida, le 26 décembre 1893, pour une constriction des mâchoires datant de six ans et consécutive à une tentative de suicide au cours de laquelle il s'est tiré un coup de revolver dans chaque oreille. A cette époque, il fut traité à l'hôpital civil de Mustapha, à Alger, où l'on aurait extrait les deux balles, et, par le conduit auditif droit, quelques esquilles. Il se rappelle que les injections faites dans l'oreille droite pénétraient en partie dans la bouche.

C'est un sujet de taille élevée, bien constitué, mais fortement amaigri par une alimentation insuffisante et uniquement liquide. Désespéré de son infirmité qui, se compliquant d'une surdité assez prononcée, lui occasionne de grandes difficultés pour subvenir à sa subsistance, il est résolu à subir n'importe quelle opération pour améliorer sa situation.

L'examen des lésions révèle les particularités suivantes : 1° la constriction des mâchoires est absolue, et toute tentative de mouvement reste infructueuse; l'arcade dentaire inférieure est en retrait sur la supérieure contre laquelle elle est hermétiquement appliquée; il manque à la mâchoire inférieure les deux premières molaires gauches, et la brèche ainsi ouverte sert au passage des aliments liquides. A droite, la région de l'articulation temporo-maxillaire est légèrement saillante; on y sent, à la palpation, une masse osseuse à surface régulière, mais à contours difficiles à limiter. Le condyle est plus petit qu'à l'état normal; 2° les orifices des conduits auditifs se présentent sous forme d'une étroite fente irrégulière et on y retrouve les traces cicatricielles des blessures anciennes. Leur rétrécissement s'oppose à toute exploration. Le conduit auditif droit donne issue à un léger écoulement purulent; un stylet introduit avec précaution ne fournit aucun renseignement sur l'état des parois osseuses.

La surdité est très prononcée. D'autre part, la voix est éraillée et voilée.

La constriction des mâchoires était donc, chez ce malade, d'origine nettement articulaire et due à une double ankylose, sûrement osseuse à droite, très probablement fibreuse à gauche.

La résection temporo-maxillaire, paraissant la seule intervention rationnelle, au moins pour le côté droit, est pratiquée le 29 décembre 1893.

Laryngotomie intercrico-thyroïdienne préalable, afin d'éviter les accidents possibles de la chloroformisation contre lesquels nous désarmait la constriction des mâchoires et qu'il y avait des raisons particulières de redouter pendant une opération de longue durée; une grosse canule ordinaire, introduite sans difficulté, est munie à son orifice extérieur d'un tube en caoutchouc terminé par un entonnoir en verre au moyen duquel s'opère l'anesthésie chloroformique qui a occasionné deux vomissements abondants.

Incision en ⌐, d'après le procédé d'Abbe, sur la région de l'articulation temporo-maxillaire du côté droit. La branche horizontale de l'incision, longue de 4 centimètres et pénétrant jusqu'à l'os, part du tubercule de l'arcade zygomatique, suit la partie moyenne de cette arcade et se recourbe en haut, du côté de l'orbite pour éviter la section des rameaux palpébraux de la branche temporo-faciale du nerf facial. La branche verticale, longue de 3 centimètres, descend à 1 centimètre et demi en avant du tragus et intéresse seulement la peau afin de ménager le nerf facial. Décollement avec la rugine de toutes les parties molles en tenant exactement le contact avec la surface osseuse qui forme la face externe de l'articulation. La masse osseuse ainsi dénudée est atta-

quée au ciseau et au maillet et la résection est faite par morcellement. Cette partie de l'opération est fort laborieuse.

Malgré l'ablation d'un segment osseux représentant le col et le condyle, l'écartement obtenu entre les deux mâchoires est insignifiant et il est nécessaire de réséquer l'apophyse coronoïde près de son sommet. Aussitôt le maxillaire inférieur manifeste une mobilité suffisante pour permettre l'introduction, entre les arcades dentaires, d'un dilatateur-écarteur des côtes, avec lequel j'arrive rapidement, par un écartement forcé, à rompre l'ankylose du côté gauche dont la nature fibreuse était ainsi démontrée. Les mors de l'instrument avaient préalablement été garnis de caoutchouc pour éviter leur glissement et une action trop brutale sur les dents.

La mâchoire inférieure récupère alors une mobilité presque normale; l'écartement total obtenu atteint 4 centimètres.

L'opération avait duré deux heures. La canule est retirée et l'incision de laryngotomie est fermée par une suture au crin de Florence, saisissant à la fois la peau et les muscles. La plaie temporale est également suturée, mais partiellement, après un tamponnement fait avec une bandelette de gaze iodoformée, dont une extrémité sort par la partie postérieure de l'incision laissée libre à cet effet.

Les plaies sont ensuite recouvertes d'un pansement composé de gaze iodoformée, d'étoupe et de coton stérilisés à l'étuve; une mèche de gaze iodoformée, imbibée de salol camphré, oblitère le conduit auditif droit.

Les suites opératoires ont été nulles au point de vue de la fièvre ou d'une réaction locale. La température s'est élevée une seule fois, le troisième jour, à 37°,5. Nourriture liquide jusqu'au 7 janvier.

Le cinquième jour, on commence à imprimer des mouvements d'abaissement au maxillaire inférieur afin de faciliter l'établissement d'une pseudarthrose.

Le neuvième jour, premier pansement et ablation des sutures. La plaie de la laryngotomie est cicatrisée. La plaie de résection, dont on retire le tamponnement, est également cicatrisée dans la partie suturée, mais elle donne par l'orifice laissé libre un léger suintement purulent sans réaction inflammatoire et pouvant être rattaché à la suppuration ancienne constatée du côté de l'oreille. Ce jour-là, le malade commence à prendre des aliments solides; il a la sensation de mâcher du caoutchouc et mastique sans grandes difficultés.

Les mouvements d'abaissement forcé de la mâchoire inférieure sont journellement continués. A partir du 20 janvier, ce traitement orthopédique, si important, s'exécute avec un dilatateur en T à olive de Mathieu, dont le malade apprend facilement le fonctionnement.

Le 17 février, l'opéré quitte l'hôpital, il a pris de l'embonpoint et peut porter spontanément l'écartement de ses mâchoires à 3 centimètres. La mastication s'exerce d'une façon absolument normale. Il conserve au niveau de la région temporo-maxillaire opérée, une petite fistule qui donne de temps à autre une gouttelette de pus et est traitée par les injections de salol camphré.

Il a été suivi pendant huit mois ; la fistulette s'est définitivement fer-

mée à la fin d'avril, après l'issue de quelques parcelles osseuses semblables à des débris de dentelles. Grâce à la persévérance avec laquelle il a utilisé son dilatateur, il a assuré et perfectionné le résultat thérapeutique constaté lors de la sortie de l'hôpital et il ouvre la bouche comme tout le monde.

L'opération a donc été couronnée d'un succès complet.

D'après les quelques observations publiées jusqu'à ce jour, la résection de l'articulation temporo-maxillaire se montre comme l'opération de choix pour combattre la constriction des mâchoires par ankylose osseuse.

L'incision en ┌, employée par Abbe, en 1880, est bien suffisante et plus simple que celle en T, adoptée par Kœnig et Ollier; elle donne tout autant de jour et se prête mieux à la suture. Nous conseillons de recourber en haut l'extrémité antérieure de la branche horizontale de cette incision; des recherches cadavériques nous ont montré qu'on évitait ainsi plus sûrement la lésion des rameaux palpébraux de la branche temporo-faciale du nerf de la septième paire, qui ont été intéressés dans quelques opérations.

La recherche de la branche temporo-faciale à travers la portion descendante de l'incision, recommandée par le professeur Ollier, ne nous a pas paru nécessaire; il est préférable de ne pas dépasser l'épaisseur des téguments dans cette partie de l'incision. En maintenant la rugine exactement contre l'os et en protégeant par un écarteur mousse la lèvre inférieure de l'incision horizontale, on évite à peu près sûrement la lésion de ce nerf.

La résection temporaire préalable de l'apophyse zygomatique, préconisée par Kummer (Société de chirurgie, séance du 6 avril 1892) n'est pas indispensable et semble devoir être réservée à quelques cas exceptionnels. Il en est de même de la trachéotomie préalable que nous avons cru devoir pratiquer; il y a là une question d'appréciation variable suivant le cas à opérer.

La résection de l'articulation temporo-maxillaire est une opération très laborieuse dans le cas d'ankylose osseuse totale; nous n'irons cependant pas aussi loin que Ranke qui la qualifie d'extrêmement difficile.

La résection de l'extrémité de l'apophyse coronoïde en est parfois, comme dans notre cas, le complément indispensable.

Une des conditions essentielles du succès thérapeutique de l'opération est de la faire suivre d'un traitement orthopédique persévérant, ayant pour but, par la dilatation forcée et journalière des mâchoires, de réaliser l'établissement définitif d'une pseudarthrose.

M. Villemin fait une communication intitulée : *Entéropexie* (M. Périer, rapporteur).

M. Jullien fait une communication intitulée : *Infection purulente consécutive à un panaris superficiel* (M. Jalaguier, rapporteur).

Présentations de malades.

1° M. G.-Marchant présente un malade opéré pour une sciatique par la mise à nu et le hersage du nerf.

Discussion.

M. Reynier. — M. Marchant a-t-il recherché le nervosisme chez son malade ?

M. G.-Marchant. — Il n'y avait aucun phénomène d'hystérie.

2° M. G.-Marchant présente un deuxième malade traité par la suture pour une fracture de la clavicule.

Discussion.

MM. Tuffier, Ricard, Poirier, Cahier et Michaux ont chacun fait une opération de ce genre et obtenu également un très bon résultat.

M. Kirmisson. — Il reste un peu d'impotence du membre.

M. Moty. — J'ai fait une opération analogue, il y a quatre mois, le bras est resté faible.

3° M. Tuffier présente un malade opéré, par résection du coude, pour une ankylose consécutive à un redressement violent.

4° M. Quénu présente un malade opéré au mois de juin pour une angiocholite aiguë avec fièvre, état grave, ictère datant de deux mois. On pratiqua une fistule biliaire, la bile renfermait du bactérium-coli, aucun calcul ni dans le cholédoque, ni dans la vésicule.

La fistule se ferma spontanément à la fin de septembre, soit quatre mois après l'opération. Le malade, très bien portant, a quitté l'hôpital et a repris son travail; depuis cette époque, il présente une légère éventration au niveau de la suture de la vésicule biliaire à la paroi abdominale.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
QUÉNU.

Séance du 23 décembre 1896.

Présidence de M. CH. MONOD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. TUFFIER qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Élections pour le Bureau de 1897.

M. DELENS est nommé président à l'unanimité.
M. BERGER est nommé vice-président.
M. NÉLATON est nommé premier secrétaire.
M. REYNIER est nommé second secrétaire.
M. WALTHER est nommé trésorier à la place de M. SCHWARTZ, démissionnaire.

Suite de la discussion sur l'appendicite.

M. L. CHAMPIONNIÈRE. — J'ai vu avec plaisir que je ne suis pas seul à être réfractaire à la doctrine moderne qui veut nous impo-

ser l'appendicite quand même avec une seule théorie pour tous les accidents inflammatoires de l'abdomen et une seule pratique, l'ouverture du ventre dans tous les cas douteux comme dans tous les cas évidents.

Ces protestations s'élèvent du reste en plusieurs pays, et je lisais dernièrement des discussions publiées en Angleterre et aux Etats-Unis, au cours desquelles les mêmes protestations s'étaient élevées.

Si les pathologistes modernes étaient venus nous dire seulement : « Jusqu'à une époque récente on ne connaissait guère l'appendicite ; nous avons appris à la connaître, et nous pouvons distinguer aujourd'hui certains cas dans lesquels l'appendice devient le siège de lésions persistantes qui conduisent à une opération qui peut rendre des services précieux », ils auraient eu raison. Ils auraient eu encore raison en disant que ces cas étaient trop confondus avec les cas de typhlite et de pérityphlite communs.

Mais, vouloir faire disparaître la typhlite et la pérityphlite de la nosologie, a été une prétention insoutenable. La typhlite et la pérityphlite existent, et, pour ma part, j'en citerais aisément des cas absolument certains dans lesquels je suis intervenu et dans lesquels l'appendice est resté absolument étranger aax accidents. Il n'y a du reste aucune raison pour que des abcès ne puissent se développer sur tout le trajet du gros intestin et il y a vraiment un abus à nous faire admettre des abcès appendiculaires à distance, dans tous les cas dans lesquels on ne retrouve aucun appendice, mais on observe des suppurations lointaines.

Il est grand temps de réagir. La passion de l'appendicite est telle, qu'aujourd'hui tous les accidents abdominaux deviennent des appendicites, et l'intervention est réclamée et trop facilement acceptée.

Il me suffira, pour le marquer, de vous citer quelques cas que j'ai connus dans un très court espace de temps et dans lesquels l'ablation proposée et acceptée de l'appendice, n'a manqué d'être faite que par des circonstances indépendantes de la volonté de ceux qui les réclamaient et des opérateurs qui devaient les exécuter :

Deux cas d'ovario-salpingite suivis d'ablation des annexes, au cours desquels il a été facile de s'assurer qu'il n'y avait absolument rien du côté de l'appendice ;

Un cas de déplacement du rein droit pour lequel la néphrorrhaphie a été faite avec des résultats absolument satisfaisants ;

Un cas de tuberculose abdominale aiguë dans lequel *l'autopsie* a permis de constater qu'il n'y avait absolument rien au niveau de l'appendice ;

Un cas de fièvre typhoïde ;

Un cas de hernie de la ligne blanche avec accidents intermittents. Dans ce cas, la préparation de l'opération a été faite et refusée à la dernière minute ;

Un cas de rupture musculaire de la paroi abdominale ;

Un cas de pleurésie purulente dans lequel l'ouverture du foyer a pu dissiper tous les doutes.

Je pourrais allonger la liste de ces erreurs de diagnostic et je suis assuré que tous mes collègues en ont connu d'analogues et je ne la continue pas pour ne citer exactement que des cas où l'opération a failli être faite.

Or, toutes ces erreurs ont pour cause la doctrine pernicieuse qui montre à tous les douleurs abdominales avec ou sans obstruction et vomissement, comme liées constamment à l'appendicite. Ce devient la doctrine régnante en même temps que l'intervention sur l'appendice apparaît comme une nécessité indiscutable aux jeunes générations.

L'exagération de ces doctrines pathogéniques et d'intervention ont trouvé dans la théorie du vase clos, de très séduisantes explications. Ici, je constate encore avec plaisir que la théorie du vase clos est loin de réunir tous les suffrages. Je suis convaincu, pour ma part, qu'elle ne supporte pas l'examen.

Il y a pour cela un très grand nombre de raisons, et la première c'est que, s'il est possible d'admettre un certain nombre d'appendicites, dans lesquelles la maladie de l'appendice est primitive comme dans certaines formes de tuberculose, l'appendicite est certainement dans nombre de cas un épiphénomène. Dans ces cas, la maladie, c'est l'encombrement et l'infection du gros intestin. Le développement de l'appendice et son infection personnelle viennent compliquer la situation.

Si la théorie du vase clos était vraie, il faudrait qu'on pût nous présenter les appendices enlevés comme habituellement oblitérés. Or, il n'en est rien.

Les calculs appendiculaires eux-mêmes se rencontrent dans certains cas sans oblitération aucune et sans grande preuve de leur nocuité.

Si cette théorie était vraie et si la disposition des appendices familiaux était exacte, il n'y aurait d'autre parti à prendre que de reséquer l'appendice aux gens comme on leur résèque le prépuce, et cette opération serait mieux motivée que la circoncision.

En réalité, les théories actuelles sont contrariées par les faits suivants :

Dans un certain nombre de cas, l'appendice, non seulement

ne présente aucune oblitération, mais il ne présente pas de lésion bien nette.

Je sais bien qu'on objectera que les sujets privés de cet appendice ont été guéris par l'intervention. Cela n'est pas toujours exact ni toujours immédiat, ni toujours probant.

Mais, même en admettant le fait, il ne faut pas oublier que bien des sujets chez lesquels il a été impossible de rencontrer l'appendice, sont restés guéris après l'opération. En rappelant le cas, je ne fais aucune allusion aux cas dans lesquels on a pu supposer qu'un appendice gangrené a été emporté par la suppuration. Je parle de cas plus simples dans lesquels aucune suppuration n'a pu être constatée, et tous les chirurgiens ont fait de ces observations.

La véritable théorie de ces accidents, c'est la théorie de l'encombrement de l'intestin rajeunie par nos théories actuelles d'infection intestinale.

Contrairement à ce qui a été dit à plusieurs reprises, les accidents surviennent preque toujours chez des sujets chez lesquels *l'évacuation intestinale est défectueuse* depuis longtemps, et chez lesquels, lors des accidents récents, on a eu recours aux opiacés bien plus souvent qu'à l'évacuation intestinale artificielle.

Il n'est pas rare qu'on puisse rattacher les accidents à une infection intestinale grave, fièvre typhoïde ancienne ou entérocolite.

Enfin, et surtout, ces accidents ont des rapports avec l'alimentation.

L'abus de la viande dans l'alimentation joue probablement un rôle sérieux dans ces infections.

Je suis convaincu que les prétendues appendicites de famille ont cette origine infiniment plus probable que la difformité, que personne n'a jamais constatée.

Je suis persuadé qu'on expliquera ainsi les différences de fréquence de l'appendicite suivant les pays. L'appendicite est évidemment plus fréquente en pays allemand et suisse que dans notre pays. L'usage de la viande et surtout de la charcuterie crue pourra peut-être nous donner une explication de ce fait singulier.

Nous trouverons là sans doute aussi une explication de ce fait que l'appendicite paraît infiniment plus commune dans les grandes villes que dans les campagnes.

La région iléo-cœcale, avec ses difficultés de circulation, avec son cul-de-sac, est la vraie région de l'infection.

L'appendice se prend par propagation dans une mesure variable et certaines lésions, une fois installées, demandent sans doute une intervention pour permettre une résolution plus rapide.

La nécessité constante de la thérapeutique doit être l'évacuation intestinale qui est, suivant les dernières recherches de microbiologie, la seule *antisepsie intestinale* valable.

Contrairement à ce qui a été affirmé, un grand nombre de cas dits d'appendicite, qui ne sont que des faits de typhlite et de péri-typhlite, peuvent guérir sans suppuration et sans récidive.

La suppuration peut être une conséquence de la propagation directe de l'inflammation de l'appendice malade. Mais elle est communément aussi le résultat de la propagation de l'inflammation au tissu cellulaire par les lymphatiques de l'intestin et de l'appendice, comme il arrive pour toutes les suppurations propagées.

Dans les cas de suppuration étendue, l'ouverture large du foyer, en évitant le péritoine, et sans chercher l'appendice, est le procédé recommandé, malgré son inconséquence par les partisans les plus fervents de la théorie de l'appendicite.

Dans tous les cas, et contrairement à la pratique actuellement recommandée par la plupart des chirurgiens, la grande indication thérapeutique, c'est l'évacuation intestinale par les purgatifs et les lavements. Ce doit être la thérapeutique au moment de l'encombrement, ce doit surtout être la thérapeutique prophylactique qui préservera habituellement du retour des attaques dans les cas nombreux où l'infection intestinale ne s'est pas compliquée de grosse lésion appendiculaire.

M. P. Reclus. — Depuis que cette discussion sur la pathogénie est ouverte, j'ai pu recueillir, avec M. Œttinger, une observation qui ressemble à une expérience de laboratoire.

Une femme de 30 ans, pour se débarrasser d'oxyures, s'administre un lavement au sublimé corrosif; elle ne ménage pas la dose et met 50 centigrammes de médicament dans 300 grammes d'eau. Elle est prise immédiatement de vives coliques, malgré un lavement d'eau tiède, et les accidents douloureux s'accompagnent d'épreintes et de selles muco-sanguinolentes.

Au bout de douze jours tout était rentré dans l'ordre et la malade croyait être quitte de son imprudence, lorsque tout à coup éclate une douleur vive dans la fosse iliaque droite. Les muscles droits contracturés ne permettent que difficilement la palpation, mais la pression sur le point de Mac Burnay provoque une intense souffrance. On constate en même temps du ballonnement du ventre et des vomissements répétés ; on avait sous les yeux le tableau classique d'une crise appendiculaire dont la pathogénie est facile à reconstituer : colite mercurielle consécutive au lavement. Les phénomènes inflammatoires s'éteignent dans la partie du gros intestin où les matières circulent facilement, mais ils persistent dans le diverticule ; les sécrétions stagnent dans cette sorte de fistule borgne interne et les germes pathogènes qu'elles

contiennent inoculent les parois et traduisent leur présence par une crise péritonitique.

Voilà mon observation, mais, puisque je tiens la parole, je la garde un instant pour examiner brièvement les théories pathogéniques proposées par M. Poirier et par M. Pozzi. Pour M. Poirier, l'appendicite aurait pour cause les phénomènes de régression dont le processus vermiculaire est le siège pendant les vingt premières années de la vie. Je ne comprends pas, je l'avoue, comment un processus aussi lent pourrait tout à coup se traduire par les accidents brutaux qui marquent presque toujours le début de l'appendicite. J'ajouterai, d'ailleurs, qu'une théorie me semble précaire, qui ne peut nous expliquer pourquoi les corps étrangers sont si fréquents dans l'appendicite. Je sais bien qu'on a, un temps, fait jouer un rôle trop important à ces corps étrangers, mais ce serait aller trop loin maintenant et dépasser le but que de n'en tenir aucun compte. Enfin l'involution de l'appendice est finie vers la vingtième année et je sais qu'à cet âge plus que doublé on peut encore être pris d'appendicite.

M. Pozzi a pris à son compte la théorie du vase clos et l'a singulièrement élargie en la complétant par l'hypothèse d'un bouchon muqueux. Il fallait, en effet, tenir compte de ces observations tous les jours plus nombreuses où l'appendicite éclate avec un appendice largement ouvert dans le cœcum. M. Pozzi imagine alors qu'un bouchon muqueux peut venir oblitérer l'orifice de l'appendice et réaliser ainsi le vase clos. Je ferai remarquer d'abord que cela est une hypothèse qui ne s'appuie sur aucune constatation directe. Je dirai, en outre, que l'assimilation que M. Pozzi a voulu faire entre le bouchon muqueux et le tampon de ouate qui oblitère un matras et empêche la pénétration des germes est inadmissible ; loin d'être stérilisateur comme la ouate, le bouchon muqueux est plutôt un bouillon de culture où les germes colonisent facilement. Je rappellerai d'ailleurs à M. Pozzi que la fameuse expérience de Klecki, sur laquelle on a fondé la théorie du vase clos, réalise la fermeture de l'intestin non avec un bouchon muqueux, mais par la structure d'un fil. Le bouchon muqueux de M. Pozzi, qu'il a d'abord comparé à un tampon de ouate, devient donc ensuite l'équivalent d'une ligature. C'est excessif... et il me semble que, en définitive, la théorie de la stagnation dans l'appendicite devenu l'équivalent d'une fistule borgne interne est celle qui explique le mieux la totalité des cas d'appendicite.

M. Poncet. — Au mois de mai dernier, dans une communication à l'Académie de médecine, sur la pathogénie de l'appendicite, j'ai

combattu la *théorie du vase clos*, et j'ai montré qu'il s'agissait là d'une hypothèse que l'examen de nombreux appendices malades ne justifiait pas.

Je m'appuyais sur deux ordres de faits, appartenant à 71 opérations d'appendicites pratiquées dans mon service : La première catégorie de ces observations visait des appendicites *avec perméabilité complète du canal appendiculaire*; la deuxième catégorie relevait de la constatation maintes fois faite à l'amphithéâtre, *d'appendices fermés sans aucun phénomène réactionnel* apparent, et alors que les sujets n'avaient, pendant leur vie, présenté aucun symptôme appendiculaire.

Je n'aurais rien à ajouter ajourd'hui, si depuis ma communication je n'avais observé 12 nouveaux cas d'appendicites, ce qui porte mes observations à 83.

Dans ces 12 observations, 3 fois les malades guérirent sans intervention, 5 fois il fallut ouvrir un phlegmon iliaque et, de parti pris, l'appendice ne fut pas recherché, 4 fois (appendicites à répétition, 3, appendicite avec péritonite diffuse suppurée, 1) l'appendice fut enlevé et examiné.

Ces 4 derniers faits seuls nous intéressent. Dans un cas d'appendicite à rechute (appendicite pariétale) le canal appendiculaire était *complètement libre*, sans corps étranger, sans trace d'occlusion, de rétrécissement. Chez un autre opéré, il était rétréci, mais encore suffisamment perméable. Enfin, dans les deux derniers cas, il existait une dilatation ampullaire de l'appendice *avec déformation et rétrécissement serré du conduit*.

Mes premières conclusions ne me paraissent donc pas devoir être modifiées, à savoir que : l'occlusion de l'appendice ne saurait être la condition *sine qua non* des accidents appendiculaires, et que les déformations, les sténoses plus ou moins serrées, que l'on rencontre, sont *l'effet et non la cause de l'appendicite*.

La pathogénie de cette maladie est encore des plus obscures, en dehors de l'infection dont j'ai montré l'importance (Acad. de méd.), les autres causes invoquées n'étant qu'occasionnelles.

Dans tous les cas, il importe peu au point de vue du traitement qui doit être la plupart du temps chirurgical.

Rapport.

Sur un cas de hernie inguino-scrotale double avec fistule cutanée appendiculaire droite chez un enfant de 28 mois, par le Dr L. Veslin (d'Evreux).

Rapport par M. MICHAUX.

Les récentes discussions sur la pathogénie de l'appendicite et le rapport de notre collègue Routier sur l'observation de hernie appendiculaire étranglée, qui nous avait été adressé par notre collègue M. Guinard, donnent un intérêt spécial à l'observation de M. le Dr Veslin, dont je suis chargé de vous rendre compte et dont je donnerai seulement les principaux traits.

Un enfant de 28 mois est abandonné par ses parents à l'hôpital d'Evreux. On n'a malheureusement aucun renseignement sur ses antécédents.

Cet enfant est porteur d'une double hernie inguino-scrotale donnant à ses bourses le volume d'un très gros poing d'adulte.

La bourse droite est plus grosse que la gauche, et on remarque à sa partie supérieure une légère dépression occupée par un orifice rougeâtre, induré, d'où s'échappe un liquide sanieux.

La hernie gauche est réductible, la droite ne l'est que partiellement. L'intestin rentré, on sent nettement partir du point rouge, induré, un cordon dur, du calibre d'une plume d'oie, se continuant dans le trajet herniaire. Le cathéthérisme de ce trajet fistuleux ne peut être fait avec un fin stylet.

Le Dr Veslin porte très justement le diagnostic de « hernie du cœcum rendue irréductible par une adhérence de l'appendice, laquelle était due probablement à une appendicite ayant évolué dans le scrotum.

Cure radicale du côté gauche, puis, quinze jours plus tard, du côté droit.

L'"opération vérifie complètement le diagnostic : Le sac renferme une grande quantité d'intestin grêle, et profondément on arrive sur le cœcum rattaché au scrotum par le cordon appendiculaire adhérent et fistuleux. M. Veslin dégage l'appendice, le lie à sa base, le sectionne, le ferme par des sutures et rentre la hernie non sans quelque difficulté.

Les suites opératoires ont été bonnes, à part une légère suppuration superficielle. Résultat final excellent.

Nous ne pouvons que regretter avec l'auteur de l'observation l'absence de renseignements sur la poussée probable d'appendicite qui s'est terminée par la fistulisation observée, mais nous croyons qu'il n'y a pas à ce fait d'autre interprétation possible que celle qui a été proposée et admise par le Dr Veslin.

Le fait en lui-même ne comporte pas de longue discussion, mais, étant donnée la fréquence des appendicites, nous croyons qu'il est bon de faire connaître tous les aspects cliniques sous lesquels cette maladie peut se présenter au chirurgien et de provoquer devant la Société de chirurgie l'apport des faits qui se seraient présentés à nos collègues.

L'appendice iléo-cœcal se rencontre, en effet, dans les hernies sous deux aspects bien différents : ou bien il est sain, normal et sa présence ne provoque d'autres accidents que ceux qui résultent de la hernie, ou bien, dans sa situation anormale, l'appendice est le siège d'une appendicite qui emprunte à sa localisation une physionomie particulière dont l'observation de M. le Dr Veslin nous présente une variété rare et intéressante.

Les hernies de l'appendice et l'appendicite herniaire ont fait, en 1894, l'objet d'une thèse soutenue par M. Sauvage devant la Faculté de Paris. Déjà notre collègue Tuffier en avait rassemblé les principales indications à la fin du mémoire qu'il a publié en 1887 sur le cœcum et ses hernies.

La thèse de Mérigot de Treigny, qui date de la même époque, renferme sur ce point quelques renseignements intéressants qui démontrent que la hernie de l'appendice n'est pas si rare qu'on pourrait le croire.

Nous y voyons, sur 74 cas de hernies inguinales du gros intestin, 17 cas de hernie de l'appendice seul; le même appendice isolé a été rencontré 5 fois sur 12 hernies crurales du gros intestin. 2 fois il était assez modifié pour pouvoir être pris pour le cordon spermatique altéré ou pour une masse épiploïque. Les adhérences sont fréquentes, fait facile à comprendre aujourd'hui avec ce que nous savons de l'inflammation de l'appendice.

Je laisse volontairement de côté ces faits qui ne se rapportent qu'indirectement à l'observation que je viens de vous rapporter, et je préfère souligner ici les diverses variétés d'appendicite herniaire et d'étranglement appendiculaire qui ont plus immédiatement trait à notre sujet.

L'histoire de l'étranglement herniaire de l'appendice est à peine ébauchée; trop souvent sans doute dans les observations anciennes, elle a été confondue avec l'appendicite herniaire, comme cela a eu lieu probablement dans les deux observations de Beaumetz, 1859, et de Pick (*Lancet*, 1880), rapportées dans la thèse de Mérigot de Treigny qui souligne, en 1887, ce fait que l'étranglement de l'appendice seul est aussi grave que celui d'une autre partie de l'intestin.

L'observation de notre collègue Guinard, qui a été le point de départ de la discussion d'hier sur la pathogénie de l'appendicite est

elle-même sujette à discussion et on peut, justement avec notre collègue Routier, se demander s'il y a eu dans ce cas étranglement de l'appendice hernié.

La thèse de Sauvage à laquelle je faisais allusion plus haut, n'apporte à la solution de ce débat aucun fait démonstratif, et la question devra être reprise entièrement sur des documents nouveaux.

Mais si l'étranglement herniaire de l'appendice est sujet à discussion, il n'en est pas ainsi de l'*appendicite herniaire*.

« L'appendice vermiculaire, écrit le professeur Berger, au chapitres des hernies inguinales congénitales du *Traité de chirurgie*, l'appendice vermiculaire, quand il fait partie d'une hernie, devient parfois le siège d'inflammations qui se communiquent au sac herniaire, d'appendicites qui se terminent, soit par perforation, soit par suppuration, soit par la production d'adhérences qui fixent définitivement l'appendice cœcal dans la situation anormale qu'il occupe. »

La thèse de Sauvage dont nous parlions plus haut contient une courte description des principales formes cliniques que peut revêtir l'appendicite herniaire.

A côté des cas où cette appendicite se traduit par un appareil symptomatique fort semblable à celui de toutes les appendicites abdominales, il convient de mentionner le phlegmon herniaire suppuré, qui ne reconnaît d'autre cause que la perforation ou la suppuration de l'appendice et se traduit par une rougeur une tuméfaction du cordon ou des bourses, un œdème local, plus ou moins étendu, dont la cause a été souvent méconnue ultérieurement.

L'observation de M. le Dr Veslin. d'Evreux, nous montre qu'à côté de ces formes, et à une phase plus éloignée, il faut faire une place à la fistulisation purulente due à la perforation spontanée de l'appendice et du phlegmon herniaire consécutif.

J'ai moi-même observé tout récemment une malade qui présentait à la région ombilicale une fistule purulente qui n'avait d'autre origine, ainsi que l'a démontré l'opération, qu'une appendicite antérieure que l'interrogatoire de la malade ne nous avait pas conduit à diagnostiquer.

L'apport ultérieur de faits de ce genre permettra sans doute de mieux connaître et, partant, de mieux diagnostiquer ces différentes formes cliniques de l'appendicite herniaire, et je serais heureux que ce court rapport appelât l'attention des chirurgiens sur les faits de ce genre qui se présenteraient à leur observation.

Présentations de malades.

1° M. Jalaguier présente une petite fille opérée pour un bec-de-lièvre par le procédé Berger.

2° M. Dujarrier présente un malade au nom de M. Tuffier, auquel il a pratiqué l'extirpation totale de la vessie pour un néoplasme de la muqueuse.

Présentations de pièces.

1° M. Monod présente une pièce d'enchondrome du cinquième doigt.

2° M. Schwartz. — J'ai l'honneur de présenter à la Société une énorme tumeur de l'extrémité supérieure de l'humérus pour laquelle j'avais porté le diagnostic probable d'enchondrome à cause de la la longue durée (9 ans) du développement, de l'absence totale de douleurs et qui a nécessité l'amputation interscapulo-thoracique chez une jeune fille de 20 ans.

Cette opération a été pratiquée hier matin, d'après le manuel opératoire si bien réglé par nos maîtres, les professeurs Berger et Ferabeuf.

La ligature préliminaire des vaisseaux après la résection de la clavicule a été assez pénible à cause du prolongement que la tumeur envoyait sous le grand pectoral et qui augmentait de beaucoup la profondeur de la région ; nous avons donc dû pratiquer non pas la ligature des vaisseaux axillaires à leur origine, mais bien celle des vaisseaux sous-claviers. Les temps de l'amputation ont été très simples et l'hémorrhagie relativement peu abondante. La réunion a été facile au drainage au point déclivé.

Il n'y a pas eu d'éther et l'opéré va actuellement très bien.

La tumeur sur les membres supérieurs pèse 6gr,500. L'examen microscopique a confirmé le diagnostic d'enchondrome ostéfiant à cellules jaunes avec vascularisation abondante.

Discussion.

M. Quénu. — M. Schwartz a bien fait de faire cette amputation, étant donnée la pièce qu'il nous présente; on peut, dans certains

cas, se borner à la désarticulation scapulo-humérale. J'ai opéré de la sorte, il y a sept ans, un malade qui n'a eu aucune récidive.

3° M. Routier présente une pièce d'appendicite.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Quénu.

Séance du 30 décembre 1896.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

Suite de la discussion sur l'appendicite.

M. Brun. — Depuis la communication que j'ai eu l'honneur de faire au début de cette discussion sur la pathogénie de l'appendicite, j'ai dit, après plusieurs autres (J. Simon, Talamon) que les crises vraies d'appendicite étaient quelquefois précédées de symptômes plus ou moins accentués d'entérite ou d'entero-colite glaireuse et que ces mêmes symptômes, d'ailleurs très différents de ceux de l'appendicite véritable, pouvaient quelquefois persister pendant un temps plus ou moins long après la résection de l'appendice malade.

Quelques-uns de nos collègues, et en particulier MM. Bazy et Lucas-Championnière, se sont basés sur cette affirmation qu'ils ont interprétée à leur façon, pour tenter de la typhlite une réhabilitation contre laquelle je tiens à protester de la façon la plus catégorique.

En clinique j'ai bien souvent rencontré comme notre collègue Bazy « dans la fosse iliaque droite et sous le flanc droit » une tumeur cylindrique, allongée verticalement, terminée en bas par une extrémité plus ou moins arrondie, à limites plus indécises vers le haut, du côté du foie, en un mot ce fameux boudin cœcal qui est donné par ses partisans comme le symptôme caractéristique de la vieille typhlite. Or toutes les fois que je suis intervenu dans ces cas, et je l'ai fait souvent, j'ai constaté de la façon la plus nette que la tuméfaction se trouvait constituée non pas par le cœcum, mais par du pus, des fausses membranes, de l'épiploon adhérent et j'ai trouvé comme cause de ces lésions diverses, l'appendice enflammé, perforé ou sphacelé.

Quatre fois, il est vrai, j'ai vu le cœcum malade, ulcéré, mais dans trois de ces cas où j'ai eu l'appendice entre les mains je l'ai trouvé lui-même profondément altéré et il m'a été facile de me rendre compte de la façon la plus évidente, que les lésions cœcales n'étaient que secondaires. Sans nier d'une façon absolue l'existence possible de la typhlite primitive, je suis donc autorisé à proclamer son excessive rareté puisque je ne l'ai jamais rencontrée et je puis affirmer aussi, de par les constatations directes que j'ai eu l'occasion de faire maintes fois, que le tableau symptomatique qui caractérise le vieux type clinique de la typhlite ne répond nullement à la réalité.

Pour ce qui est du point de pathogénie qui faisait le principal objet de la discussion actuelle, du rôle de l'oblitération de l'appendice dans l'apparition des symptômes appendiculaires, les communications de mes collègues Walther, Jalaguier, Broca, etc., m'ont paru apporter à ma manière de voir un appui si démonstratif que la question me semble absolument jugée et je n'y reviendrais pas si je ne tenais à réduire à leur juste valeur les arguments qui ont été présentés par M. Pozzi en faveur de la théorie de M. Dieulafoy.

Si on laisse de côté dans la communication de notre collègue tout ce qui a trait à l'histoire des salpingites, on se trouve en somme en présence d'une observation qui pourrait être intitulée : « Enterocolite, appendicite et ictère catarrhal secondaires » et M. Pozzi résume ainsi lui- même l'histoire de sa maladie : « Il y a donc eu d'abord infection de tout le tube digestif, puis localisation plus marquée en deux points particuliers, l'orifice de l'appendice et celui du canal cholédoque. L'infection du cholédoque au niveau de son ouverture dans le duodénum s'est traduite par la rétention de la bile et l'ictère. Ce qui s'est produit vraisemblement à l'abouchement intestinal du conduit biliaire n'a t-il pas existé aussi à l'orifice cœcal de l'appendice? L'occlusion temporaire a produit d'un côté l'ictère, de l'autre les coliques caractéristiques. »

En toute conscience, je ne vois pas en quoi l'observation qui précède peut être invoquée en faveur de la théorie du vase clos. La seule chose qu'elle démontre au contraire et de la façon la plus nette, c'est le rôle prépondérant de l'infection, qui d'abord étendue à l'intestin tout entier, s'est propagée dans la suite à ses deux diverticules, le cholédoque et l'appendice.

Faire du gonflement muqueux qui succède à l'infection ou d'un bouchon muqueux problématique une barrière suffisante pour transformer l'appendice en vase clos et déterminer la rétention des produits appendiculaires ainsi que la pullulation microbienne qui doit en être la conséquence, c'est, on en conviendra une hypothèse un peu hardie, hypothèse qui cadre mal du reste, avec l'opinion qui au début de cette discussion a été défendue par un autre partisan de la cavité close, notre collègue M. Routier. Pour expliquer, en effet, l'absence d'accidents appendiculaires chez une malade de Guinard dont l'appendice était depuis six jours enserré par un anneau herniaire, Routier invoqua, vous vous en souvenez, l'oblitération incomplète de l'appendice et pour donner plus de poids à son affirmation s'appuya sur les résultats expérimentaux de M. Gervais de Rouville. Chez la malade de M. Pozzi, le simple gonflement de la muqueuse aurait été suffisant pour opérer la transformation de l'appendice en vase clos; chez la malade de Guinard, l'étranglement de l'appendice prolongé pendant six jours, n'avait pu arriver à ce même résultat.

N'y a-t-il pas entre ces deux affirmations apportées à l'appui de la même théorie, une contradiction trop flagrante, et n'est-il pas plus simple de considérer l'infection comme la cause initiale et prépondérante des accidents appendiculaires?

Faut-il, dès lors, dans tous les cas, considérer l'obstruction ou le rétrécissement de l'appendice comme une quantité négligeable et une simple curiosité anatomique; telle n'est assurément pas ma pensée et je crois, au contraire, que cette conséquence de l'infection primitive, ce reliquat d'une crise antérieure peut avoir sur la nature et la gravité des accidents secondaires une influence considérable. A diverses reprises j'ai constaté, en effet, que les lésions gangreneuses de l'appendice, celles surtout qui se présentent sous forme de plaques gangreneuses étendues, comparables d'aspect aux plaques de lymphangite gangreneuse que l'on observe quelquefois au niveau de la peau, se montraient sur des appendices oblitérés par un retrécissement pariétal ou par une concrétion fécale volumineuse. Cette constatation a, je crois, d'autant plus d'importance que ces lésions spéciales correspondent le plus souvent aux formes cliniques les plus graves de l'appendicite à la péritonite septique d'emblée.

M. Bazy. — C'est pour répondre à M. Brun que je demande la parole.

Je lui répondrai sur deux questions : une question de forme et une question de fond.

1° *Question de forme.* — M. Brun nous dit : « MM. Bazy et Lucas-Championnière se sont basés sur ce que j'ai dit pour admettre l'existence de la typhlite. »

Ce ne sont pas les paroles de M. Brun qui m'ont conduit à considérer que la typhlite a toujours continué à exister.

Lors de la discussion qui a eu lieu ici (voir *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1895), j'ai été le seul à soutenir que la typhlite pouvait exister à côté de l'appendicite.

2° *Question de fond.* — Je n'ai pas nié, tant s'en faut, l'existence de l'appendicite et de l'appendicite isolée. C'eut été nier l'évidence. Il était question, et il est question dans cette discussion de la pathogénie de l'appendicite. J'ai dit alors : « Si on démontre que le cœcum peut participer aux accidents qui caractérisent l'appendicite, comme il est peu probable que le cœcum puisse réaliser un vase clos, du coup cette théorie se trouve ramenée à ses justes proportions.

Or, le cœcum peut être le siège d'ulcérations comme l'appendice, et cela sans que ces ulcérations fussent en rapport avec l'appendice, et j'en ai cité un exemple très net.

Lorsqu'il existe une perforation tout à fait à la base de l'appendice, comme j'en ai vu un cas à Bicêtre, où dira-t-on qu'elle siège? Dira-t-on qu'elle est sur l'appendice? mais elle appartient autant au cœcum. Dira-t-on qu'elle est sur le cœcum? mais elle appartient autant à l'appendice.

M. Brun mettait au défi de montrer les perforations pouvant exister ailleurs que sur l'appendice : et si on en trouve sur toute la longueur de l'intestin, il peut bien en exister aussi au cœcum.

M. Brun met au défi qu'on lui montre une pièce dans laquelle le cœcum seul soit atteint sans que l'appendice soit malade.

Or, justement le Dr Souligoux vient de me parler d'une pièce qu'il devait m'apporter de la part du professeur Tillaux où une ulcération cœcale avait déterminé un abcès rétrocœcal chez une femme de 60 ans. Or, la seule lésion de l'appendice était une légère adhérence de son sommet au péritoine voisin, de même l'extrémité de l'intestin grêle était légèrement adhérent.

Vouloir faire de cette adhérence très légère et limitée de l'appendice la lésion primordiale, c'est vraiment pousser au paradoxe, et si on veut quand même, on serait aussi bien en droit de considérer l'adhérence de l'intestin grêle comme la lésion princi-

pale et les autres lésions comme secondaires? Si on acceptait des raisonnements de cette sorte, on pourrait tout aussi bien accepter que, en présence d'une perforation intestinale accompagnée de péritonite, cette perforation est la conséquence de la péritonite.

J'ajoute ici l'observation et les résultats de l'autopsie que viennent de m'envoyer MM. Souligoux et Pilliet :

Observation. — *Typhlite avec perforation du cœcum et abcès de la paroi abdominale*, par MM. Souligoux et Pilliet.

La nommée X..., âgée de 74 ans, est entrée salle Gosselin, 5 décembre 1896, pour un abcès de la paroi, situé du côté droit.

L'état général de cette femme est lamentable, elle est amaigrie, son teint est jaune, son intelligence considérablement affaiblie.

Les renseignements qu'elle nous donne sont de ce fait peu précis. Tout ce qu'elle peut nous dire, c'est qu'il y a en environ un mois avant son entrée à l'hôpital, elle a souffert dans le ventre et a eu de la constipation. Puis elle a vu apparaître au niveau de la fosse iliaque droite une tumeur qui est devenue rouge. Soigné sans le secours d'un médecin, par application de cataplasmes, l'abcès s'est ouvert depuis quinze jours quand elle se décide à entrer à l'hôpital.

A la vue, on constate, au-dessus de l'arcade de Fallope, à peu près à égale distance de l'épine iliaque antéro-supérieure et de l'épine du pubis, un orifice à bords pâles et décollés d'où s'écoule un pus séreux et mal lié. Un stylet introduit dans cet orifice montre qu'il existe un décollement considérable, s'etendant en dedans jusqu'au pubis, en dehors près de l'épine iliaque antéro-supérieure, en haut à trois travers du doigt de l'arcade de Fallope. Malgré un examen très attentif, il est impossible de trouver un orifice faisant communiquer cet abcès de la paroi avec un abcès profond.

La région de la fosse iliaque droite est souple, non douloureuse; on ne sent nulle masse dure, pas même de tension; en un mot, elle paraît normale.

Les accidents généraux s'aggravèrent peu à peu, du délire survint et elle mourut le 10 décembre 1896, cinq jours après son entrée dans le service.

M. le professeur Tillaux avait porté le diagnostie d'abcès de la paroi consécutif à une appendicite.

Autopsie. — Les poumons sont œdématiés et le gauche présente sa base complètement apoplexiée. Le cœur est gros, chargé de graisse, en besace; les orifices n'ont rien. Le foie et la rate sont normaux. Les deux reins sont petits et remplis d'infarctus récents et anciens. L'utérus et la vessie sont sains.

Mais l'intérêt de l'autopsie se concentre sur la région cœcale.

Le cœcum est collé contre la paroi, l'appendice recouvert d'adhérences anciennes et fibreuses paraît très tuméfié, il est à moitié engagé dans la paroi par ses adhérences et son extrémité inférieure n'est pas

libre. Une partie de l'épiploon adhère aux néo-membranes qui le recouvrent.

En ouvrant l'intestin, on trouve l'iléon sain. Le cœcum est moyennement dilaté. Il présente une valvule de Baulieu saine. L'ouverture de l'appendice est saine également; au-dessous de la valvule existe une perforation à bords saillants, allongée, de près de 1 centimètre de longueur dans son grand axe. Au-dessous d'elle existent quelques petites perforations de la muqueuse beaucoup moins étendues. On ne trouve pas d'autres lésions du cœcum.

Un stylet engagé dans la perforation cœcale conduit directement dans de vastes foyers allongés, ramifiés, occupant le muscle psoas iliaque et communiquant avec les foyers de la paroi abdominale.

Examen histologique. — Le pus contenait des globules blancs, des cellules fixes du tissu conjonctif remplies de globules de graisse, des microbes en forme de gros bâtonnets remplis à leurs extrémités et ayant les caractères morphologiques du coli-bacille, peu abondants du reste, et des saprophytes très allongés, également peu nombreux.

Le bord de la perforation du cœcum présente, à partir des régions saines, des glandes en tubes normales, puis des follicules clos tuméfiés de plus en plus nombreux, finissant par confluer et remplacer les glandes en tubes, puis enfin une paroi d'abcès simple, avec une couche pyogène peu épaisse, recouvrant les plans musculaires de l'intestin, qui ont été coupés à pic, et gagnant le tissu cellulo-adipeux sous-cutané jusqu'à la limite des coupes. Pas de follicules tuberculeux.

L'appendice engagé dans la paroi n'a pas naturellement de revêtement péritonéal, la séreuse a disparu. Le plan musculaire est à peu près complètement remplacé par une nappe de tissu scléro-adipeux. Le tissu lymphoïde est très réduit; on ne retrouve pas de follicules isolés. Les glandes de Lieberkuhn sont au contraire dilatées, assez nombreuses, leur revêtement épithélial est intact.

En résumé, il existe des lésions anciennes de l'appendice, mais sans perforation, et le point de départ de l'abcès de la paroi est une ulcération non tuberculeuse du cœcum siégeant au voisinage immédiat de la valvule de Baulieu.

M. Paul Reynier. — Je veux répondre un mot à M. Bazy; son observation ne me convaint pas. Car cette ulcération qu'il a observée sur le cœcum ne prouve pas que cette ulcération était due à une typhlite primitive. En effet, M. Bazy nous dit que l'appendice était adhérent, or, c'est entre l'appendice et le cœcum que se forme généralement l'abcès; celui-ci tendant à s'ouvrir dans le cœcum; à son niveau, quelquefois assez haut, on trouve une lésion du gros intestin et une ulcération, si on opère après l'ouverture de l'abcès.

M. Bazy. — Je réponds à M. Reynier en le renvoyant à l'observation ci-dessus relatée, de MM. Souligoux et Pilliet.

M. Routier. — Je vois que la dernière phrase de mon rapport vous a singulièrement émus, puisqu'elle a provoqué une vraie levée de boucliers ; c'était, il est vrai, une véritable profession de foi. Je ne le regrette pas et ne puis que me réjouir d'avoir ainsi mobilisé le ban et l'arrière-ban ; c'est, dit-on, du choc des idées que vient la lumière, il faut espérer qu'elle éclatera.

Laissez-moi, cependant, me plaindre de ce qu'aucun d'entre vous n'ait donné son opinion sur un point que je considérais aussi comme capital, je veux dire de l'étranglement de l'appendice dans la hernie.

Je vous répète que pour moi, à cause de l'absence totale des symptômes cliniques, je continue à croire que cet appendice n'était pas étranglé.

Mais, laissons-là cette observation, et passons à ce qui vous a tous plus particulièrement intéressés, à la pathogénie des appendicites.

Si j'ai bien compris les orateurs qui m'ont fait l'honneur de discuter ce point de mon rapport, il me semble que la plupart ont paru, dans cette pathogénie, faire deux chapitres qu'on pourrait intituler :

Pathogénie de la maladie ;

Pathogénie des accidents. Je les suivrai dans cette division.

Pour beaucoup d'entre vous, l'appendicite est une maladie secondaire qui suivrait le plus souvent des accidents intestinaux d'ordres divers, des entérites, des entérocolites, qui suivrait même des maladies semblant, au premier abord, avoir peu de rapports étroits avec elle : l'angine, la rougeole, la varicelle, les oreillons.

Je ne veux pas nier les faits observés par des collègues que je sais très bons observateurs ; mais j'ai vu, je crois, à l'heure qu'il est, assez d'appendicites et les ai toujours observées avec assez de soin, pour qu'il me soit permis d'avoir une opinion personnelle ; or, je n'hésite pas à vous affirmer, sauf dans les cas où l'appendicite vient à la suite d'une fièvre typhoïde, j'estime que c'est une maladie primitive, et à ceux qui disent qu'elle se développe au cours d'accidents intestinaux, je répondrais volontiers que ces accidents doivent être mis à l'actif de l'appendicite elle-même ; c'est la lésion de l'appendice qui les cause, qui les entretient ; je n'en veux pour preuve que la cessation de ces désordres observée précisément après l'ablation de l'appendice malade.

Je tiens, en effet, à insister particulièrement sur ce point et crois très utile de ne pas laisser s'établir la légende que quelques-uns semblent vouloir répandre, à savoir, que les opérés d'appendicite sont encore des malades qui doivent être soumis à un régime, à un traitement.

J'affirme hautement, après avoir beaucoup vu et beaucoup suivi, que les malades opérés d'appendicite, et auxquels on a enlevé l'appendice, sont des sujets guéris et bien guéris.

J'aurai l'occasion d'y revenir, l'appendice est tout, le cæcum n'est pour rien dans la maladie.

En voici des exemples, car je ne veux rien affirmer sans preuves à l'appui.

Le premier cas que j'ai opéré à froid, il y a sept ans et dont je vous ai montré les pièce ici, cas qui fut vu par M. Bucquoy et le professeur Tillaux, était précisément de cet ordre.

Outre que les crises aiguës qu'avait eues cette enfant de 12 ans, elle avait les fonctions intestinales les plus irrégulières, sentait toujours son ventre et n'allait jamais à la selle sans éprouver, plus ou moins fort, comme une douleur syncopale qu'elle localisa bien lorsqu'on eut attiré son attention vers sa fosse iliaque droite.

Je vous rappelle que son appendice était plié en S, avait 12 centimètres, adhérait à la terminaison du grêle, de telle sorte que je crus pouvoir, à cette époque, expliquer ces douleurs par la traction que cet appendice devait exercer sur l'intestin grêle quand le cæcum était plein ou se contractait.

Depuis son opération, cette enfamt est devenue une belle jeune fille qui n'éprouve plus aucun de ces symptômes et qui se porte parfaitement bien.

Dans le même ordre d'idées, je vous citerai le cas d'un jeune confrère qui, toutes les fois que je le rencontre, me dit avec joie : « Depuis mon opération, je n'ai plus à m'occuper de mon ventre ».

D'après ce que j'ai pu observer, je vous le répète, il me paraît absolument certain que la plupart des troubles intestinaux sont sous la dépendance de l'appendicite ; c'est là, à mes yeux, ce qui justifie d'autant mieux l'intervention chirurgicale. Les erreurs de diagnostic n'engagent que ceux qui les font.

Quant à ces accidents de rectite ou de colite pseudomembraneuse dont on a parlé, je suis plus habitué à les rencontrer chez les nerveux que chez les malades atteints d'appendicite, c'est le cortège habituel des douleurs pelviennes chez les femmes qui ont peu ou pas de lésions utéro-ovariennes.

La fièvre typhoïde, au contraire, peut, par des lésions de voisinage, ou par des lésions folliculaires dans l'appendice lui-même, provoquer l'appendicite, c'est incontestable.

J'en ai vu un seul cas qui se termina par un abcès que j'ouvris, je n'ai donc pas vu l'appendice ; la jeune personne est guérie ; depuis juin dernier, époque de son opération, elle n'a plus souffert de son ventre.

M. Reclus vient de nous citer le cas fort intéressant de sa malade

qui se donne mécaniquement une violente inflammation de la muqueuse du gros intestin et qui, après quinze jours de guérison, a une attaque d'appendicite.

Je veux bien, dans ce cas particulier, admettre la relation de cause à effet, je puis aussi bien l'expliquer par le gonflement inflammatoire propagé à la muqueuse de l'appendice qui, du coup, a été bouché; mais je suis sûr que si sa malade avait dû garder le lit pour toute autre cause, pour une fracture, et qu'elle eût continué son régime alimentaire, d'autres lui diraient que ce sont des fermentations intestinales qui ont causé ce qu'il a pris et ce que je prends avec lui pour une crise d'appendicite.

Quelques-uns d'entre vous ont dit que l'abcès était un mode de guérison, c'est possible dans quelques cas, mais ces cas, je les crois moins nombreux qu'on ne le dit; je ne saurais cependant établir de proportion exacte.

Un de mes jeunes compatriotes, que j'ai vu avec les Drs Ferrand et Marciguey, est un exemple bien net de ce que j'avance.

L'attaque d'appendicite pour laquelle je fus appelé, se termina par un énorme abcès que j'ouvris, cet abcès remplissait tout le petit bassin et, par mon incision il sortit beaucoup de tissu cellulaire sphacélé; mais une fistule persista, et six mois après, pour guérir cette fistule, j'allais, par une seconde opération, chercher l'appendice qui était perforé et contenait deux calculs stercoraux. Cet appendice fut très difficile à trouver.

Il y avait, en outre, près de la base de l'appendice, une perforation du cœcum que je suturai, je suis convaincu que cette perforation cœcale était secondaire, ce jeune homme est aujourd'hui parfaitement guéri.

Lui aussi avait des troubles intestinaux, c'était un très gros mangeur, très constipé, il ne s'occupe plus de son ventre.

Vous citerai-je encore un jeune garçon de 17 ans qui avait eu un abcès ouvert, puis cicatrisé, mais qui souffrait toujours; j'allai chercher son appendice par une seconde opération quatre mois plus tard; il était très malade dans une cavité fougueuse qui, avant peu sans doute, se serait réchauffée et aurait donné lieu à des accidents.

Dans les cas où il y a abcès, il faut bien le dire, l'appendice est souvent très endommagé, je l'ai vu séparé du cœcum, je l'ai vu plus tard réduit à un rudiment.

Il ne faudrait pas croire que ce rudiment d'appendice soit quantité négligeable, ce n'est pas la dimension de cet organe qui le rend dangereux, mais la façon dont il se comporte.

En voici un exemple frappant chez un jeune Saint-Cyrien, que j'opérai à froid, neuf ans après une crise aiguë qui s'était terminée

par un abcès, sept mois après une seconde crise aiguë qui l'avait obligé de quitter l'école presque dès son entrée.

Ce jeune homme, après cette secondre crise, avait été soumis à un régime sévère, il fit deux saisons à Salies, mais au bout de sept mois, souffrant toujours de désordres intestinaux, sentant toujours une gêne dans son côté droit, il vint me trouver.

Je lui conseillai s'il voulait reprendre en sécurité la vie commune de se soumettre à l'opération, il y consentit.

J'eus beaucoup de peine à trouver le corps du délit, l'appendice était représenté par un bout de 1 centimètre inséré sur le cœcum, auquel faisait suite un filament fibreux, lequel conduisait sur un petit corps ressemblant à un ganglion qui fut reconnu pour être l'extrémité du cul-de-sac appendiculaire.

Il me paraît cependant probable que ce rudiment d'appendice jouait un certain rôle dans la pathogénie des troubles ressentis par ce jeune homme, car depuis que je l'ai opéré, il a pu rentrer à Saint-Cyr, faire ses deux années, entrer dans la cavalerie, passer à Saumur, c'est-à-dire, se livrer à tous les exercices physiques les plus violents et tout cela, sans plus avoir à s'occuper de son ventre.

Dans d'autre cas, l'appendice est si bien caché qu'il est fort difficile de le trouver, mais j'affirme que toutes les fois qu'il y a appendicite, il y a un appendice.

Quand on opère à froid, on peut, on doit oser le chercher, et si on ose le chercher, on le trouve.

En juin 1895, je vous ai présenté ici un appendice appartenant à une jeune fille de 20 ans; cet appendice était tout particulièrement long et gros, et contenait trois noyaux de feces durcies.

Or, quand j'eus pratiqué l'incision de l'abdomen, je ne trouvai pas cet appendice; je mis hors du ventre l'angle ilio-cœcal tout entier, toujours pas d'appendice, tout était lisse et uni, le péritoine revêtait l'ilion et le cœcum sans faire un seul pli.

Heureusement, il y allait de mon honneur d'avoir cet appendice; cette jeune fille, appartenant à une famille de nos amis, avait eu plusieurs attaques d'appendicite, deux notamment que j'avais connues : ce n'était que sur mes instances répétées et pressantes qu'on avait consenti à me la laisser opérer, je ne pouvais donc me représenter devant les parents qu'avec l'appendice de leur fille et avec son appendice malade.

Je dus, pour le trouver, je vous l'ai dit en vous le présentant, plisser entre mes doigts tout le pourtour du cœcum, et de cette façon, j'arrivai à sentir, non à voir, un cordon long et dur, beaucoup moins net qu'on ne pourrait le supposer quand on voyait ce gros appendice.

C'est le long de ce cordon que j'incisai le péritoine, mes aides, stupéfaits, croyaient que j'allais ouvrir le cœcum.

J'eus l'appendice, je le réséquai, et cette jeune fille est florissante de santé. On m'accordera que, si j'avais laissé l'appendice en place, elle serait encore malade.

A ceux d'entre vous qui ont voulu réhabiliter la vieille typhlite, malgré mon respect pour les choses anciennes, je dirai que je ne crois pas à son existence.

Toutes les fois que j'ai ouvert un ventre pour ce qu'on appelait une typhlite, j'ai pu montrer que le cœcum n'était pas malade, et que s'il l'était, c'était secondairement.

La fameuse tumeur en boudin, quand elle n'est pas due à un abcès, est factice, elle n'existe pas, elle est simulée par la contraction des muscles de l'abdomen. Je ne puis que répéter ce que j'ai dit si souvent, on ne peut jamais sentir l'appendice.

Je viens, ces jours-ci encore, pour mes nouveaux stagiaires, de prouver ce fait, une fois de plus, à propos d'une jeune femme que m'a envoyé mon collègue Rendu.

Cette malade avait la fameuse tumeur en boudin dans laquelle les grands cliniciens d'autrefois, qui n'ouvraient pas le ventre de leurs malades, reconnaissaient le cœcum gonflé, enflammé ou plein de matières.

Après avoir examiné cette malade et sa tumeur, j'ai cru pouvoir déclarer que cette tumeur était factice, due aux muscles contracturés.

Sous le chloroforme la tumeur a disparu, et j'ai pu faire constater avec moi, à ceux qui étaient présents, qu'il n'y avait pas l'ombre de lésion cœcale ni péricœcale, je leur ai montré le cœcum souple, de couleur et de consistance normales.

Bien mieux, l'appendice, qui était libre du reste, était rétro-cœcal, bien caché par le coussin d'air intestinal et, par conséquent, bien inaccessible à la palpation.

Mais cet appendice était couvert d'arborisations vasculaires, tendu, dur comme en érection, et une fois réséqué j'ai pu voir qu'il contenait trois calculs petits, logés dans des nids de la muqueuse très congestionnée à son niveau.

Je viens d'avoir fort à point un cas magnifique pour démontrer une fois de plus que, même quand il y a tumeur, celle-ci n'est pas due au cœcum et en est absolument distincte.

La malade dont il s'agit, jeune femme de 25 ans, a eu ses premiers accidents le 1er décembre 1896. Elle a eu tous les accidents qu'on désignait sous le nom de typhlite, y compris une belle tumeur en boudin, que non-seulement on sentait à la palpation, mais

encore qui était visible; le ventre de cette malade était rendu asymétrique par la tuméfaction de sa fosse iliaque droite.

Je n'ai pas craint, au moment de l'opérer, de brûler mes vaisseaux en déclarant à mes élèves que certainement le cœcum n'était pas malade.

J'ai fait une incision sur la tumeur; non sans difficulté je suis arrivé dans le ventre, là j'ai circonscrit cette tumeur que je vous apporte, qui ressemblait à l'intestin enflammé ; elle a treize centimètres sur six, vous pourrez voir qu'elle est constituée par des exsudats épais de deux à quatre centimètres, circonscrivant une cavité pleine de pus, où on voit des débris de l'appendice, et sur tout son côté interne l'insertion et l'épaississement de l'épiploon.

Pour affirmer la véracité de mes assertions, je ne me suis pas contenté d'ouvrir ce qui était, en somme, un abcès appendiculaire, j'ai enlevé tout, lié l'appendice à son intertion au cœcum, lié et réséqué l'épiploon, et j'ai pu rentrer dans le ventre l'angle iléocœcal une fois les adhérences détruites et montrer que le cœcum n'était nullement cause de la maladie, pas plus que la paroi abdominale ou l'épiploon qui étaient adhérents.

Vous m'accorderez, j'espère, après toutes ces preuves accumulées, la permission d'affirmer une fois de plus qu'il n'existe pas de typhlite dans le sens qu'on attachait à cette dénomination.

Quant à la péritonite purulente dont nous a encore parlé M. Bazy, pourquoi ne serait-elle pas de cause appendiculaire? Je le renvoie à l'observation que j'ai publiée où j'ai précisément observé une péritonite purulente analogue, bien causée par une appendicite, et cependant il n'y avait jamais eu qu'un point douloureux à gauche.

J'arrive enfin, messieurs, au point capital de la question, à la théorie de la cavité close, à la cause des accidents.

Mon ami Brun me semble avoir fait trop bon marché des expériences de M. Gervais de Rouville et de la médecine expérimentale en général; le moment me semble mal choisi, car, depuis quelques années déjà, la médecine et la chirurgie ont singulièrement bénéficié des découvertes de laboratoire. Il sait que, quand je parle de laboratoires, je ne suis pas suspect.

Ce n'est qu'après de longues recherches que M. Dieulafoy a formulé sa théorie, je l'ai suivi pendant qu'il étudiait les pièces diverses d'appendicites, je lui en ai fourni un certain nombre; vous ne serez pas étonnés, malgré vos assertions, de me voir rester fidèle à sa théorie, c'est que je la crois juste.

Mais, quand M. Dieulafoy dit cavité close, il ne faudrait cependant pas lui faire dire ce qu'il n'a pas dit, qu'il n'y a plus de canal appendiculaire !

Les uns passent un stylet dans le canal et constatent ce fait en

disant pas de cavité close. Les autres, M. Walther, par exemple, parlant des coupes en série faites par M. Siredey, constatent que nulle part il n'y avait d'oblitération ; je vous dirai que je n'en suis pas étonné, après les préparations préliminaires préparatoires que nécessitent les coupes histologiques.

C'est sur le vivant, ne l'oublions pas, que se forme la cavité close, dans un petit canal où il suffit du gonflement de la congestion de la muqueuse pour le produire.

Cette oblitération momentanée du fait de la congestion d'une muqueuse n'est cependant pas un fait rare dans l'organisme ; la trompe d'Eustache, le canal cholédoque, les fosses nasales dans le rhume dit de cerveau, en sont autant d'exemples.

Dans l'appendice, la muqueuse gonfle et le transforme en cavité close ; fort heureusement, tous les cas n'arrivent pas à produire des accidents mortels.

Et c'est après une ou plus probablement plusieurs poussées que le canal devient définitivement plus étroit ou disparaît; c'est ce que mon ami Brun appelle un processus curatif, c'est ce que mon ami Jalaguier considère comme une prédisposition à de nouvelles crises : je les renvoie dos à dos.

Je ne puis vous rééditer tous les arguments fournis par M. Dieulafoy à l'appui de sa théorie, je n'en retiendrai qu'un qui est, ce me semble, topique : c'est celui de l'étude de la marche des microbes dans l'appendice atteint d'inflammation ; sur une planche, publiée à ce sujet, on voit très clairement qu'au niveau de la cavité close les microbes pullulent, colonisent dans la paroi qu'ils traversent en groupe pour gagner la séreuse ; plus rares au-dessus, il n'y en a plus un seul quand on remonte au-dessus de l'étranglement.

Enfin, voici un fait d'anatomie pathologique sur le vivant que je n'ai vu signaler par personne.

Depuis que M. Dieulafoy a formulé sa théorie, depuis que mon attention a été plus particulièrement attirée sur ce point, il est une expérience que je ne manque pas de faire, que je vous engage à répéter le cas échéant ; elle m'a toujours réussi. Quand j'enlève un appendice qui n'est ni gangrené ni perforé, avant de pratiquer la ligature au ras du cœcum, je prends cet appendice entre mes doigts, et je le comprime comme pour essayer d'en exprimer le contenu dans le cœcum. Jamais je n'ai pu vider le contenu de l'appendice ; il reste dur, tendu, rigide, comme en érection.

Après ligature je le résèque, et alors, tantôt il offre un canal béant, tantôt, au contraire, la lumière de ce canal est invisible. Mais en le sectionnant, toujours on trouve un hématome, ou du pus, ou de la matière fécale encore liquide, ou des calculs.

N'est-on pas autorisé à dire qu'il y avait cavité close?

Quant à l'appendicite familiale, nous avons en assez grand nombre porté ici plus d'exemples qu'il n'en faudrait pour prouver son existence : point n'est besoin d'invoquer des malformations congénitales ou héréditaires; aucun de nous n'y a fait allusion, nous avons cité des faits, qui ne sont pas plus remarquables ni plus étonnants que l'hérédité des calculs biliaires ou rénaux.

Malgré le grand nombre de contradicteurs qui ont ici pris la parole, je me vois obligé de dire que leurs arguments n'ont pas été de nature à me convaincre.

Je ne parlerai pas de la typhlite, je crois en avoir fait justice.

J'espère que cette longue discussion sur la pathogénie de l'appendicite ne sera pas l'occasion d'un pas en arrière, d'un retour aux errements funestes d'autrefois, que malgré une note discordante que je regrette entre toutes, les médecins resteront bien convaincus de l'importance de l'appendice dans la pathogénie des accidents et du grand danger que fait courir à leurs malades l'emploi des purgatifs.

Je vous ai dit, avec preuves à l'appui, ce que je pensais de la théorie qui fait de l'appendicite une maladie secondaire.

Je ne comprends pas très bien les distinctions apportées par quelques-uns d'entre vous, suivant qu'il s'agit d'une première crise ou des crises ultérieures.

La théorie basée sur l'âge et la régression tombe devant des faits, j'ai, et vous avez tous, des cas nombreux d'appendicite chez l'adulte et même le vieillard.

A ceux d'entre vous qui parlent de rétention, de stagnation, je dirai qu'ils brûlent, ils n'ont plus qu'un petit pas à faire pour être avec nous.

En résumé, pour moi, personne n'a porté ici, basée sur des faits cliniques ou sur des expériences, une théorie de l'appendicite qui satisfasse mon esprit et explique les accidents comme la théorie de la cavité close.

Rapport.

Fracture du crâne. Trépan préventif, par le Dr CHUPIN médecin en chef de l'hôpital militaire de Batna.

Rapport par M. CHAUVEL.

En 1894, j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie, par l'intermédiaire de M. le médecin-inspecteur Chauvel, une observation du fracture de crâne par coup de feu intéressant

la région occipitale. Dans ce cas, l'os avait été très profondément enfoncé, mais sur une toute petite surface ; j'estimai que la table vitrée n'avait pas dû résister à ce choc très violent se produisant sur une petite étendue, et pensant que je trouverai des esquilles de la face interne de l'occipital intéressant les méninges, je pratiquai le trépan préventif, opération qui justifia mes prévisions. Le malade guérit dans les quinze jours.

Un nouveau cas, analogue au premier, que j'ai eu l'occasion d'observer et pour lequel j'ai pratiqué une nouvelle opération de trépan préventif, tend à faire affirmer de nouveau que dans les fractures du crâne, se traduisant par un enfoncement considérable sur une petite surface, la lame vitrée doit être intéressée.

Chérif-ben-Ahmed, 22 ans, indigène, de très vigoureuse constitution, reçoit, le 9 novembre 1895, un coup de pied de cheval dans la région frontale. Il entre à l'hôpital militaire de Batna le 10 novembre.

Il ne présente ni fièvre, ni accidents de compression. A trois travers de doigt, au-dessus du sourcil gauche, le blessé est porteur d'une plaie contuse ayant environ 5 centimètres, dirigée en travers, de gauche à droite et un peu de haut en bas.

La région étant savonnée, brossée, aseptisée, les sourcils et une partie des cheveux rasés, nous explorons la blessure et, après toutes les précautions antiseptiques prises, nous y introduisons l'index. Nous sentons manifestement que le frontal est enfoncé sur une largeur de 3 centimètres, une hauteur de 2 au plus et sur une profondeur que nous évaluons à près de 1 centimètre.

Au bistouri, nous élargissons la plaie à ses deux extrémités; la rugine relève le périoste autour de l'enfoncement crânien et, les lambeaux de cette solution de continuité écartés, nous voyons que notre plaie osseuse présente bien les conditions révélées par le doigt. La lame externe du frontal est brisée en plusieurs endroits; les traits de fracture sont fort accusés sur le pourtour de la lésion et multiples dans le fond de la plaie. Bref, le traumatisme nous paraît surtout avoir porté en profondeur, tout en s'étant réparti sur une faible surface.

Nous sommes convaincus que la lame vitrée n'a pu résister à ce choc et que des esquilles détachées de la surface interne de l'os doivent reposer sur la dure-mère. Cette dernière ne réagit pas actuellement, mais s'enflammera certainement dans quelques jours.

Nous nous décidons à pratiquer l'opération du trépan, opération préventive, nous ne nous le dissimulons pas, puisqu'à l'heure présente les accidents sont nuls. Nous visons tout d'abord à enlever toutes les parties osseuses enfoncées; comme ces parties étaient en somme relativement peu étendues, nous laissons de côté le trépan qui occasionnerait des délabrements osseux trop considérables, et adoptons la gouge et le maillet, instruments qui nous permettent ds mieux limiter notre acte opératoire. A petits coups, nous commençons à attaquer la surface os seuse externe, fissurée, fragmentée, présentant uelques petites es-

quilles. Elle est enlevée, ainsi qu'une bonne partie du diploé, très facilement par notre gouge actionnée par le maillet avec le moins de force possibie.

Nous voici arrivés près de la lame interne. Laissant de côté nos instruments, nous explorons avec le doigt notre plaie osseuse. Ce que nous avions prévu existait; une large esquille, de plus de 2 centimètres sur 1, était mobile et reposait sur la dure-mère. Nous la sentons sous le doigt et pouvons aisément lui imprimer de légers mouvements; mais, cette dernière étant plus large que l'ouverture que nous avions pratiquée, nous ne pouvions encore l'extraire. Reprenant la gouge et le maillet, nous élargissons la périphérie de notre plaie crânienne et nous avons la satisfaction de retirer, avec une pince, le débris osseux en question avec quelques autres menus morceaux de la lame vitrée du frontal.

Nous voyons alors la dure-mère fortement injectée, déjà un peu enflammée. Avec un tampon aseptique, nous nettoyons notre champ opératoire et nous refermons notre plaie avec six sutures au crin de Florence.

Après l'opération, le blessé n'a pas eu un soupçon de fièvre. Dès le troisième jour, il a fallu lui permettre de se lever. Il voulait même être fait sortant, affirmant qu'il était guéri (17 novembre). Le pansement est enlevé, la réunion est parfaite.

Le malade quitte l'hôpital le 10 décembre. Il a repris ses occupations de charretier. Nous le voyons fort souvent, se contentant pour toute précaution, avec l'insouciance habituelle de ses coreligionnaires, de couvrir avec son chaïck sa cicatrice frontale.

C'est la seconde fois que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie une observation de trépanation préventive dans une fracture du crâne, au nom de M. le Dr Chupin. Se conformant à la doctrine remise au jour par notre premier maître, le professeur Sédillot, et acceptée depuis par nombre de chirurgiens, notre collègue de l'armée est partisan de l'intervention immédiate dans les fractures de la boîte crânienne. Il pense que dans les enfoncements limités en surface mais de profondeur notable, la lame vitrée doit être intéressée.

Le fait qu'il nous apporte aujourd'hui en est une preuve nouvelle, preuve d'autant plus convaincante que le trauma porte sur la région frontale, là où le diploé présente une certaine épaisseur, à peu de distance des sourcils. Il s'agit d'un arabe, blessé le 9 novembre 1895 par un coup de pied de cheval. La plaie siège à trois doigts au-dessus du sourcil gauche, presque transversale. L'os est enfoncé sur une largeur de 3 centimètres, une hauteur de 2 centimètres au plus et une profondeur évaluée à près de un centimètre.

Après aseptisation et débridements, l'exploration montre que la

lame externe du frontal est brisée en plusieurs points. Enlevant les esquilles mobiles et agrandissant la brèche osseuse avec la jauge et le maillet. M. Chupin sent, avec le doigt, que la lame vitrée brisée forme au fond du foyer une large esquille, un peu mobile, de 1 centimètre environ sur 2. Un nouvel élargissement de l'orifice externe permet l'ablation de cette esquille et de quelques fragments moins volumineux. Au dessous d'elle, se voit la dure-mère injectée, même déjà un peu enflammée. La plaie, nettoyée et antiseptisée est réunie par quelques sutures. Dès le troisième jour, le blessé se lève et il sort le 27 novembre pour reprendre sa profession de charretier, se contentant pour toute protection, de recouvrir avec son haïck, la cicatrice frontale.

Je n'ai rien à ajouter à l'énoncé du fait et je ne puis que louer la conduite très sage de M. le Dr Chupin. Peut-être serait-il imprudent de trop généraliser la doctrine sur laquelle il s'est appuyé pour intervenir. Si la règle, en médecine comme en toute science, est chose utile et nécessaire, il est bon de ne pas oublier que les lésions traumatiques ne sont presque jamais absolument semblables et que, dans la pratique, le chirurgien doit se guider autant sur les conditions particulières du malade et de sa blessure, que sur les préceptes généraux de la chirurgie.

Messieurs, je vous propose de déposer honorablement dans nos archives, l'observation de M. Chupin, et d'inscrire notre confrère dans un rang honorable parmi les candidats au titre de correspondant national.

Communication.

Deux cas de tumeurs sacro-coccygiennes.

Par le Dr PHOCAS (de Lille),
membre correspondant de la Société.

Obs. I. — *Tumeur sacro-coccygienne enlevée sur un enfant de 5 ans.*

Le nommé S... (Clovis), de Le Quesnoy (Nord), m'est adressé par le docteur Dechy. L'enfant a 5 ans. Il est venu au monde avec une grosseur qui n'a pas augmenté sensiblement, sauf une augmentation proportionnelle au corps.

A marché à 2 ans. Troisième enfant d'une famille bien portante.

Il y a quatre ans, on a fait dans la tumeur une ponction.

Etat actuel. — Au niveau de la région sacro-coccygienne, tumeur large de 12 centimètres, haute de 11 centimètres.

Veinosités. Peau rouge. Il existe 3 fistules à égale distance à la par-

tie moyenne. La fistule inférieure laisse échapper un bourgeon fougueux, gros comme une noix.

Des fistules s'écoule un liquide savonneux.

La peau, adhérente sur une partie de la tumeur, glisse sur le reste. Elle est parsemée de tissu cicatriciel. La consistance est inégale, dure sur certains points, fluctuante sur d'autres.

Sa forme est hémisphérique. On peut lui considérer deux extrémités.

L'extrémité gauche s'avance sur la fesse et on sent à ce niveau une certaine quantité de noyaux lobulés appliqués contre la fesse. Cependant la tumeur est délimitée.

L'extrémité droite de la tumeur ne se prolonge pas autant. Elle n'arrive qu'à 3 centimètres de la ligne médiane.

Le *bord supérieur*, bien délimité, est situé sur une ligne qui répond à deux travers de doigts au-dessous des crêtes iliaques.

Le *bord inférieur* arrive jusqu'au coccyx.

En mettant le doigt sur le creux, on fait proéminer la masse.

La tumeur est mobile profondément dans le sens transversal et verticale.

Elle n'augmente pas de volume pendant les efforts. La distance qui la sépare de l'anus est de 7 centimètres et demi.

Au toucher rectal, rien n'existe devant le coccyx. On trouve le squelette normal.

Opération le 2 août 1892. — Ablation au bistouri. Enucléation faite, sauf à gauche, où la tumeur adhère au squelette et pénètre jusqu'au niveau de la face postérieure du rectum.

La tumeur est longue de 12 centimètres, épaisse de 4 à 5, large de 8. Elle est composée de kystes à contenu très variable, séreux, muqueux, hémorrhagique et de couleur différente. Sa trame est formée par une abondante production de tissu fibreux.

L'examen histolologique montre dans un examen superficiel la présence de presque tous les tissus de l'économie.

Un examen ultérieur nous a été promis, mais nous n'avons jamais pu l'obtenir.

Suites opératoires simples. Réunion *per primam.* Guérison.

Obs. II. — *Tumeur sacro-coccygienne enlevée sur un enfant de 22 mois. Battements au niveau de cette tumeur.*

Enfant de 4 semaines, de sexe féminin, adressée par M. le Dr Laversin (M. Br...), de Litters (4e enfant). Deux enfants vivants. Parents bien portants. Depuis la naissance, la tumeur a augmenté du double.

État actuel. — Tumeur volumineuse située à la région sacro-coccygienne. Circonférence, 27 centimètres. Reliée au reste du corps par un pédicule de 19 centimètres de circonférence. Le pédicule est aplati d'avant en arrière, large de 7 centimètres. Au-dessus du pédicule, on voit l'anus.

On sent difficilement le coccyx, mais on trouve le sacrum divisé en

deux cornes. Peau parsemée de vénosités rouges. Cette tumeur, dont la consistance est inégale, présente deux parties distinctes à la palpation : une portion inférieure, liquide, transparente, fluctuante occupant les trois quarts inférieurs de la tumeur ; une portion supérieure, située à gauche, dure. De cette portion on distingue trois parties, une masse ronde comme une bille, une partie plus rétrécie et une partie plus grosse.

A l'extrémité de cette portion on voit le phénomène suivant : quand on saisit cette masse entre deux doigts, on y sent des battements rhytmiques. Chaque battement attire la peau en dedans. Ces pulsations sont inégales, irrégulières. Elles paraissent se fatiguer par l'excitation. Aucun bruit stétoscopique.

Ces battements sont au nombre de 40 environ par minute ; à l'endroit où les battements se produisent, il existe une sorte de capitonnage de la peau.

Nouvel examen le 29 juin 1894. — La tumeur a diminuée, le pédicule paraît avoir augmenté. Les battements persistent.

10 mars 1896. — Largeur du pédicule, 9 centimètres ; circonférence, 25 centimètres ; circonférence maximum, 43 centimètres. Les battements ont disparu depuis un an. Pas de fluctuation.

Opération (L'enfant a 22 mois). — Ablation de la tumeur par morcellement. La portion la plus profonde est laissée pour ne pas trop compliquer la situation. Pendant le cours de l'opération, les kystes sont ouverts. Le contenu de ces kystes est très variable.

Examen sommaire et microscopique de la deuxième observation. *Tumeur sacro-coccygienne* (2e obs.). — L'ensemble de la tumeur, coupée par le milieu, montrait une large cavité, très irrégulière de forme, à parois lisses et plusieurs cavités plus petites. Plusieurs fragments ont été coupés, intéressant tous les parois de la cavité principale. Dans ces fragments, on trouve des échantillons de tous les tissus, sauf un tissu osseux et un tissu cartilagineux ; signalons cependant que, en beaucoup d'endroits, à la palpation, le tissu était dur et lardacé (la totalité de la tumeur n'a pas été conservée).

Sur un premier fragment, nous trouvons successivement un épithélium prismatique, simple par places, généralement stratifié et très élevé d'épaisseur très variable ; au-dessous :

1° Un tissu conjonctif très dense, parcouru en tous sens, par places au moins, par de nombreuses fibres lisses, isolées ou en petits faisceaux : leur direction générale est parallèle à la surface de la poche ;

2° Couche épaisse de tissu cellulo-adipeux plus lâche, à larges fibres conjonctives, sensiblement parallèles aussi à la surface, à cellules adipeuses éparses. Dans cette couche, se continuant insensiblement avec la précédente, l'action de la potasse à 40° et de léosine mettent en évidence un riche réseau élastique. Enfin, de place en place, des fibres musculaires striées sont disséminées, isolées ou par très petits faisceaux ; quelques-unes montrant de beaux champs de Counheim ;

3° Tissu presque exclusivement composé de larges îlots de cellules

adipeuses; mince en certains points, cette couche est épaisse en d'autres de plusieurs centimètres et constitue la majeure partie de la tumeur;

4° La peau, normale ou à peu près. La présence d'un épithélium prismatique, et au-dessous, d'un tissu conjonctif serré, parsemé de fibres lisses, paraît indiquer que cette cavité a su se constituer comme un diverticule de l'intestin, dont elles rappellent la structure embryonnaire.

Un autre fragment, pris à une certaine distance du premier et n'allant pas jusqu'à la peau, comprenait les mêmes couches, plus ou moins mélangées avec la surface, un épithélium pavimenteux stratifié. Mais, de plus, dans la première couche, et quelquefois immédiatement au-dessous de l'épithélium, on trouvait de nombreux lambeaux, petits ou gros, très irréguliers, d'un tissu qui paraît appartenir aux centres nerveux; il est formé par une sorte de feutrage fibrillaire, très délicat, rappelant la névroglie et résistant à l'action de la potasse à 40°, qui ne le gonfle, ni le décolore (après coloration à l'éosine). Par l'acide osmique, il prend une teinte brune, plus foncée que le reste.

Enfin, il contient de nombreux noyaux, autour desquels on aperçoit quelquefois des corps protoplasmiques assez larges, étoilés et vivement colorables par le carmin, semblables, en un mot, à des cellules nerveuses. Dans quelques lambeaux de ce tissu existent de petites cavités, à parois minces, bordées d'une couche presque continue de noyaux arrondis, à la manière d'une sorte de ventricule.

Comme le tissu nerveux embryonnaire, celui-ci ne contient point de vaisseaux. A leur périphérie, les lambeaux sont déchiquetés par les fibres conjonctives voisines.

D'assez nombreux fragments de la tumeur ont été réservés pour un examen plus complet.

Examen microscopique, par M. Laguesse; *guérison*. — Il persiste une petite grosseur comme une mandarine. L'ablation est remise pour plus tard.

L'enfant reste guérie (décembre 1896).

Réflexions. — L'examen microscopique n'a pas élucidé l'origine des battements de la tumeur. On ne peut admettre que des battements dus à des muscles lisses.

Il est préférable d'attendre, pour opérer ces tumeurs, que l'enfant ait acquis une certaine résistance.

Enfin, il est indiqué, quand le volume de la tumeur impose une opértion dans le jeune âge, de ne pas faire une ablation complète si l'opération peut mettre les jours de l'enfant en danger.

L'extirpation partielle donne de bons résultats.

Présentations de malades.

M. Picqué présente un malade opéré par le procédé de Souligoux.

M. Delorme. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade atteint, depuis dix-neuf mois, d'une névrite cubitale traumatique, et que j'ai soumis avec succès à la compression digitale forcée. Son histoire est trop intéressante pour que je ne la reproduise pas dans ses traits essentiels :

En fermant violemment une fenêtre dont un carreau se brisa, cet homme se fit sur la partie décurvée latérale externe de la dernière phalange de l'auriculaire droit une plaie peu profonde qui guérit rapidement après avoir suppuré. La cicatrice devint très vite douloureuse. Les douleurs, d'abord localisées puis irradiées à la branche cutanée dorsale du cubital, à la partie antibrachiale et brachiale du cubital, s'étendirent en quelques mois jusqu'au creux sus-claviculaire, à d'autres bronches du plexus brachial et à la moelle.

Lorsqu'à la fin d'août 1896 je vis ce malade, que m'adressèrent MM. Schwartz et Brissaud en me priant de le soumettre à la compression forcée, il avait épuisé presque toutes les ressources médico-chirurgicales des dix médecins et chirurgiens des hôpitaux qui avaient été appelés à lui donner leurs soins. Il avait subi entre autres l'excision de 10 à 12 centimètres de la branche dorsale du cubital recherchée dans une plaie à lambeau comprenant toute la peau de la moitié interne de la main (Tuffier, *Presse médicale*, 6 juin 1896). Cette large *névrectomie à distance* n'amena aucun résultat. Les crises douloureuses, dès le réveil chloroformique, reprirent aussi fréquentes et aussi intenses qu'avant l'opération (Tuffier, *loc. cit.*). Une *névrotomie* collatérale près de la plaie ne fit cesser les douleurs que pendant huit jours. La cautérisation profonde, transcurvente et localisée fut peu avantageuse. La *résection introdurale*, proposée deux mois après l'accident, fut refusée.

Lorsque je vis ce malade à la fin d'août 1896, son état était le suivant : la main droite était éléphantiasique, bleuâtre ; les doigts étaient enroidis comme le poignet. Le moindre frôlement déterminait les douleurs les plus vives, surtout dans la zone cubitale. Le trajet du cubital, jusqu'au creux sus-claviculaire, était le siège d'une hypéralgésie des plus intenses à la pression et spontanée. Mais les douleurs n'étaient plus limitées, comme au début, au trajet du nerf cubital ; le nerf médian, le radial, les branches accessoires du plexus brachial, les branches du plexus cervical étaient aussi très hyperathésiées. La moelle elle-même était prise, à en juger par les douleurs accusées par le malade dans la zone cubitale du côté gauche, dans celle des plantaires externes et les crampes intermittentes des interosseux palmaires et plantaires.

Le traitement fut chez cet homme bien plus long qu'il l'est d'ordinaire parce que je dus, par des massages répétés, mobiliser la cicatrice de névrectomie, adhérente, collée aux os et dont la moindre traction, pendant les mouvements, rappelait les douleurs. Quoi qu'il en soit, le résultat, comme vous pouvez le constater, est satisfaisant.

La peau de la face dorsale de la main droite a sa couleur normale ; elle est souple, les doigts ont repris une grande partie de leur mobilité, surtout les trois doigts externes ; le poignet est mobile. La main

hyperalgésiée auparavant, au point que le moindre frôlement était intolérable, peut être palpée et pressée sans douleurs. L'hyperalgésie *spontanée* n'a cependant pas disparu. Ce malade éprouve par crises des lancements dans la main droite, mais ce sont des douleurs d'*origine centrale* rapportées à la périphérie, car, lors de ces crises, on peut presser la main sans déterminer de douleurs, ce qu'on n'observerait pas si l'hyperalgésie était encore d'origine périphérique. D'un autre côté, l'hyperalgésie spontanée est ressentie également dans la main droite, dans la zone cubitale, dans les pieds, les genoux et s'accompagne de secousses, de crampes.

Sensibilité presque normale au toucher, à la pression, à la chaleur. Pas de troubles hystériques.

Si le malade a vu, grâce à la compression forcée, ses troubles névritiques périphériques s'amender d'une façon remarquable, il reste un médullaire. Employée moins tardivement, la compression eût, sans doute, prévenu l'apparition de ces troubles et lésions de la moelle. Quoi qu'il en soit, elle s'est montrée ici supérieure, dans ses effets, à tous les modes de traitement chirurgicaux employés.

Discussion.

M. Reclus. — Combien de séances M. Delorme a-t-il fait?

M. Delorme. — Le traitement a été extrêmement long.

Présentation de pièces.

M. Quénu présente un calcul, gros comme une grosse noix, extrait par cholédocotomie du cholédoque d'une femme actuellement en bonne voie de guérison (21e jour). Le centre du calcul ensemencé a donné une culture de bactérium-coli; la bile était infectée.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Quénu.

TABLE DES MATIÈRES

APPAREIL DIGESTIF

FOIE

PÉRITOINE

APPAREIL GENITAL

APPAREIL URINAIRE

APPAREIL RESPIRATOIRE

APPAREIL NERVEUX

APPAREIL VASCULAIRE

APPAREIL DE LA LOCOMOTION

ORGANES DES SENS

PEAU ET TISSU CELLULAIRE

MALFORMATIONS CONGÉNITALES

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

INSTRUMENTS

TABLE DES AUTEURS

A

B

C

D

F

G

H

I

J

K

L

M

N

P

Q

R

S

T

V

W

Z

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 51.2.97.

Bà

½ veau
mudele.
6

